

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**MECANISMOS DE MUDANÇA EM AÇÃO EM
SITUAÇÕES DESAFIANTES DO QUOTIDIANO: UMA
INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA CONSENSUAL COM
PACIENTES EM PSICOTERAPIA, PELA SUA VOZ.**

Ana Beatriz Pereira Santos de Oliveira

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-
Comportamental e Integrativa)**

2015

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**MECANISMOS DE MUDANÇA EM AÇÃO EM
SITUAÇÕES DESAFIANTES DO QUOTIDIANO: UMA
INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA CONSENSUAL COM
PACIENTES EM PSICOTERAPIA, PELA SUA VOZ.**

Ana Beatriz Pereira Santos de Oliveira

**Dissertação orientada pelo Prof. Dr. Nuno Miguel
Silva Conceição**

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-
Comportamental e Integrativa)**

2015

Agradecimentos

*Ao Professor Dr. Nuno Conceição, pela sua disponibilidade, apoio, motivação e
partilha de conhecimento.*

*A todos aqueles com quem me fui cruzando durante este percurso, colegas e amigos que
de formas diferentes me fizeram crescer e ajudaram construir objetivos.*

*A todos os participantes deste estudo, que se disponibilizaram para partilhar um pouco
da sua história comigo.*

A todos os que me ajudaram a construir este trabalho, em especial à Carolina.

*Às minhas oito queridas amigas, com quem partilhei tantos momentos de difíceis deste
percurso, mas também momentos de grande felicidade. Um agradecimento especial
àquelas que viveram mais de perto este último ano.*

*Aos meus pais e avós, por aquilo que sou, por tudo aquilo que me transmitiram ao
longo da vida, por sempre acreditarem em mim, e por me incentivarem sempre a
superar-me.*

*À minha mãe, ao meu pai e à minha irmã, pelo conforto e apoio incondicional que me
dão todos os dias.*

*Ao João, pela partilha e companheirismo de todos os dias, por ter estado, e permanecer
ao meu lado, em todos os momentos.*

Muito Obrigada!

RESUMO

Em psicoterapia, há muita investigação sobre resultados finais e sobre processos de mudança que ocorrem dentro da sessão e que podem contribuir para os resultados de sessão e para os resultados finais. Contudo há ainda pouca investigação sobre resultados intermédios ou mecanismos de mudança.

O objetivo do presente estudo é, fora da sessão, explorar e diferenciar capacidades colocadas em ação no quotidiano face situações desafiantes, na perspetiva e pela voz dos pacientes actualmente em psicoterapia.

Não sendo habitual na literatura sobre mecanismos de mudança que exige procedimentos metodológicos e estatísticos substanciais pouco viáveis em contexto naturalístico, foi utilizada uma metodologia qualitativa, de carácter exploratório, com uma amostra de 12 participantes. O instrumento de avaliação utilizado foi o IACEP (Instrumento de Avaliação de Capacidades de Processamento), que recorre a cenários que remetem para situações potencialmente perturbadoras do quotidiano, pedindo que recordem as duas últimas semanas. A partir do método de Análise Consensual (CQR) encontraram-se três categorias principais: *Perceção de Mudança e Crescimento Pessoal*; *Dificuldades Persistentes*; e *Mudança Desejada*.

Os resultados encontrados sugerem que a *Consciência do self* e a *Utilização de Estratégias e Capacidades*, são as mudanças mais significativas para lidar com as dificuldades do quotidiano. Em simultâneo, verificam-se dificuldades persistentes e desejos futuros, parecendo refletir a interiorização da terapia como um processo (de mudança e crescimento pessoal) em si como um resultado intermédio também.

Conclui-se que independente do número de sessões ou abordagens terapêuticas os pacientes atualmente em processo de psicoterapia conseguem identificar mudanças nas suas ações do quotidiano, refletindo capacidades e competências de ordem intrapsíquica e interpessoal. Estes resultados intermédios podem espelhar já a sua arquitetura mental em transformação, pelo que são discutidos à luz da literatura de mecanismos de mudança como potenciais candidatos transteóricos e transdiagnósticos.

Palavras-chave: Perspetiva do paciente; Processos de mudança; Mecanismos de mudança; Situações quotidianas

ABSTRACT

In psychotherapy, there is much research regarding final outcome, as well as about change processes occurring within sessions that can contribute to session outcome and final outcome. Nonetheless, there is still a lack of research on intermediate results and change mechanisms.

The purpose of this study is, out of session, and through patient's perspective and voice, to explore and differentiate capacities put into action in everyday life, facing challenging situations.

Unlike the literature on change mechanism that requires substantial methodological and statistical procedures, not so feasible in naturalistic setting, a qualitative exploratory methodology, with a sample of 12 psychotherapy patients was used. The evaluation instrument used was IACEP (Assessment Instrument of Structural Processing Capacities), which uses idiographic scenarios linking to potentially disturbing situations in daily life during the last two weeks. Using Consensual Qualitative Research (CQR) as a method of analysis, three main categories emerged: Perception of Change and Personal Growth; Persistent distress; Desired Change.

Results suggest that self-awareness and use of strategies and skills were shown to be the most significant changes in order to deal with the distress of everyday life. In parallel, there are persistent difficulties and future wishes, which allows the understanding of therapy as a process (of change and personal growth) itself, as an intermediate result as well.

We conclude that regardless of the number of treatment sessions or approaches, psychotherapy patients can identify changes in their everyday lives, reflecting intrapsychic and interpersonal capacities and competencies. These intermediate results can already mirror their changing mental architecture, and will be discussed as potential transtheoretical and transdiagnostic candidates, in the context of the literature on change mechanisms.

Keywords: Client's perspective; Change processes; Change Mechanisms; Everyday life

ÍNDICE

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| INTRODUÇÃO | 1 |
| I. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 4 |
| 1. ABORDAGEM DOS RESULTADOS FINAIS - 50 ANOS DE INVESTIGAÇÃO EM PSICOTERAPIA | 4 |
| 2. DOS PROCESSOS DE MUDANÇA AOS MECANISMOS DE MUDANÇA | 6 |
| 3. MECANISMOS DE MUDANÇA COMO RESULTADOS INTERMÉDIOS..... | 9 |
| 3.1. Na Prática | 9 |
| 3.2. Investigação (pacientes, quotidiano e abordagem qualitativa)..... | 13 |
| 3.3. Memória Autobiográfica e Cenários ativadores..... | 20 |
| II. QUESTÕES E OBJECTIVOS DE INVESTIGAÇÃO | 24 |
| III. METODOLOGIA | 24 |
| 1. Participantes e Caracterização da Amostra..... | 26 |
| 2. Instrumento utilizado | 27 |
| 3. Procedimento de Recolha de Dados | 29 |
| 4. Procedimento de Análise de Dados | 31 |
| IV - ANÁLISE DE RESULTADOS | 33 |
| V. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO | 50 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 67 |

ÍNDICE DE TABELAS, GRÁFICOS E ESQUEMAS

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Quadro 1: Variáveis sociodemográficas dos participantes..... | Anexo B |
| Quadro 2: Domínios, Categorias e <i>Core Ideas</i> emergentes das descrições das situações concretas..... | Anexo C |
| Quadro 3: Domínios, Categorias e <i>Core Ideas</i> emergentes das potenciais mudanças | Anexo C |
| Quadro 4: Número de seleções de cada cenário e valor de seleções como cenário 1..... | Anexo D |
| Quadro 5: Distribuição e ordem de escolha dos cenários pelos participantes... | Anexo E |
| Quadro 6: Valores médios da ativação emocional de cada participante | Anexo F |
| Quadro 7: Descrição das situações concretas: Domínios, categorias e frequências..... | 42 |
| Quadro 8: Valor de Referências e Fontes dos Domínios e Categorias das descrições das situações concretas..... | Anexo G |
| Quadro 9: Potenciais Mudanças: Domínios, categorias e frequências..... | 48 |
| Quadro 10: Valor de Referências e Fontes dos Domínios e Categorias das potenciais mudanças..... | Anexo H |
| Esquema 1: Domínios emergentes das descrições das situações concretas..... | 35 |
| Esquema 2: Domínios emergentes das potenciais mudanças..... | 44 |
| Gráfico 1: Valor de Referências e Fontes dos domínios emergentes da descrição das situações concretas..... | 36 |
| Gráfico 2: Valor de Referências e Fontes dos domínios emergentes das potenciais mudanças..... | 44 |

LISTA DE ANEXOS

Anexo A - Consentimento Informado e Instrumento de recolha de dados – Versão utilizada na plataforma online

Anexo B - Quadro 1: Variáveis sociodemográficas dos participantes

Anexo C – Análise Consensual: Domínios, Categorias e *Core Ideas*

Quadro 2: Domínios, Categorias e *Core Ideas* emergentes das descrições das situações concretas

Quadro 3: Domínios, Categorias e *Core Ideas* emergentes das potenciais mudanças

Anexo D - Quadro 4: Número de seleções de cada cenário e valor de seleções como cenário1

Anexo E - Quadro 5: Distribuição e ordem de escolha dos cenários pelos participantes

Anexo F- Quadro 6: Valores médios da ativação emocional de cada participante

Anexo G - Quadro 8: Valor de Referências e Fontes dos Domínios e Categorias das descrições das situações concretas

Anexo H - Quadro 10: Valor de Referências e Fontes dos Domínios e Categorias das potenciais mudanças

INTRODUÇÃO

Segundo Kazdin (2007), a mudança pode conter a esfera de funcionamento social, cognitiva, comportamental, educacional e física. Apesar de sabermos que a terapia é responsável pela mudança temos pouco conhecimento de *como* ou *porquê* esta mudança ocorre.

O objetivo da psicoterapia é promover mudanças, que os pacientes ajustam às suas práticas quotidianas, em diferentes contextos. Estas mudanças devem tomar em consideração as interações de cada um em vários contextos, não se devendo entender a mudança como um resultado direto, apenas, das sessões (Dreier, 2008).

Segundo a filosofia dialética, a realidade é composta por várias partes inter-relacionadas, logo, esta não pode ser definida sem referência ao sistema como um todo. Este sistema, e as suas partes, estão constantemente num estado de mudança ou fluxo em que, mudanças numa das partes, promove mudanças noutra. Nesta perspetiva, considera-se que também o sistema emocional, que é um dos alvos da terapia, tem vários elementos inter-relacionados, influenciando o comportamento do paciente e o contexto externo, onde se insere.

Segundo Dreier (2008), mudança deve resultar em alterações mais ou menos duradouras, nas condições sociais que afetam a pessoa. As mudanças podem ocorrer sem que a pessoa dê conta, isto é, por exemplo, inserir-se num determinado contexto e adaptar-se ao mesmo. Ou pelo contrário, compreendem que existe uma alteração das capacidades, e que são capazes de resolver aspetos a partir de possibilidades já existentes, ou de novas formas.

O mesmo autor, acrescenta o conceito de aprendizagem, referindo-se a aspetos da mudança em que a pessoa modifica as suas capacidades, e compreende as mesmas, a partir da participação em práticas sociais. A maior mudança pessoal e aprendizagem ocorrem através de atividades em diferentes contextos. Ao processo de mudança e aprendizagem, que permite aumentar a determinação da pessoa a situações de mudança, chama-se desenvolvimento. No entanto, não podemos assumir que toda a mudança e aprendizagem envolve desenvolvimento (Dreier, 2008).

Nos últimos 50 anos a investigação em psicoterapia, tem vindo a alterar-se. Inicialmente, esta investigação tinha como foco o esclarecimento acerca da eficácia da

psicoterapia (Eysenck, 1952). Contudo, atualmente a eficácia da psicoterapia deixou de constituir uma dúvida (Kazdin & Nock, 2003; Wampold, 2007), sendo consensual que esta produz resultados. Apesar destes se verificarem após algumas sessões, a investigação inicialmente, confiou nos estudos que mediam o resultado final, contrastando pré e pós tratamento.

Os resultados psicoterapêuticos eram definidos como a redução de sintomas (Knight, 1941; Eysenck, 1952), considerando-se o conceito de “cura”. Neste seguimento, alguns autores, introduzem o conceito de mudanças intrapsíquicas (Strupp, 1963), e aspetos da personalidade e das relações (Kanfer & Goldstein, 1991), para definirem resultado.

Contudo, entende-se que mais relevante que definir constructos é entender como a mudança ocorre e para tal, é importante não só entender o resultado, como também o processo (Strupp, 1963, Kazdin, 2009), até porque entender o processo pode levar a melhorias no resultado. Este tipo de investigação tenta relacionar processos com resultados (investigação *process-outcome*) (Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004; Crits-Christoph, Gibbons, & Mukherjee, 2013).

Processos de mudança são intervenções, diretivas ou características da terapia construídas pelo terapeuta, que ocorrem em sessão, e comportamentos ou experiências que resultam do que aprendem nas sessões (Orlinsky, et al., 2004; Crits-Christoph, et al., 2013).

Para o estudo do processo, este deve ser dividido em diferentes episódios de mudança. Greenberg (1986), propõe medir três tipos de resultado para explicar o processo - *Resultados imediatos*; *Mudança intermédia* e *Resultado final*.

Mais recentemente emergiu a abordagem de mecanismos de mudança, que tem como objetivo entender a relação entre processos, resultados da sessão e resultados finais (Doss, 2004).

Mecanismos de mudança são mudanças intermédias, que não estão diretamente sobre o controlo do terapeuta, nem são o resultado imediato do processo de mudança na terapia. São capacidades e competências potenciadas e/ou adquiridas, que são generalizadas para a vida do paciente (Doss, 2004). Compreendendo uma modificação na arquitetura mental dos pacientes (Conceição, 2010).

A relação que Doss (2004), tenta entender tem subjacente a expectativa que os processos de mudança levem a uma melhoria dos mecanismos de mudança, e estes, à melhoria do resultado final.

É neste seguimento, que surge a replicação deste estudo, numa área tão pouco estudada como a identificação de capacidades e competências de pacientes em terapia, potenciais mecanismos de mudança, tomando como foco o estudo fora da sessão, onde, com suporte à metodologia qualitativa, o paciente partilha a sua experiência subjetiva, sendo ele um elemento ativo na sua mudança.

Tendo isto em conta, as seguintes nas seções dedico-me ao esclarecimento destes aspetos, bem como, à relevância metodológica da presente investigação.

I. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. ABORDAGEM DOS RESULTADOS FINAIS - 50 ANOS DE INVESTIGAÇÃO EM PSICOTERAPIA

Embora hoje em dia a eficácia da psicoterapia não suscite dúvidas, nem sempre assim foi ao longo destes 50 anos de investigação.

Eysenck (1952), foi um dos autores que esteve na frente desta questão, considerando que a psicoterapia era ineficaz e, possivelmente, prejudicial. Uma das primeiras meta-análises realizadas sobre os resultados em psicoterapia demonstrou que esta ideia era incorreta (Wampold, 2013).

Segundo, Kazdin e Nock (2003) e Wampold (2007), a psicoterapia é bastante eficaz, até mais que outras práticas médicas. A investigação demonstra que após 12-14 sessões de tratamento já começam a ser alcançados resultados. Cerca de 80% dos pacientes em psicoterapia apresentam um "*estado mental superior*" face aos que não recebem nenhum tipo de tratamento (Wampold, 2001).

Ainda que se encontrem resultados após algumas sessões, durante muitos anos, e até aos dias de hoje, a investigação dos resultados psicoterapêuticos confiou nos estudos que mediam o resultado final, contrastando uma avaliação pré e pós-tratamento (Kazdin & Nock, 2003; Lambert, 2013). Os estudos quantitativos relativos à eficiência dos resultados psicoterapêuticos, utilizavam medidas como o *CORE System* e o BDI (McLeod, 2011).

Knight em 1941, sugeriu que a definição de resultados, devia incluir o desaparecimento dos sintomas, melhorias significativas no funcionamento mental, e melhorias no ajustamento à realidade.

Eysenck em 1952, não foi tão rigoroso na sua definição de resultados. Segundo este autor, os resultados psicoterapêuticos, dados como eficazes, eram aqueles que extinguíam determinado sintoma. O objetivo primordial da intervenção psicoterapêutica seria a redução destes. Desta forma, a investigação em resultados era indissociável da nosologia das perturbações. Tendo em conta a perspetiva do sintoma, o mesmo autor, estava correto quando afirmava que a psicanálise não era eficiente, contrastando com a terapia comportamental, que era mais eficaz (Eysenck, 1964).

Além disto, Eysenck (1964) era apontado por categorizar os participantes em categorias cruas e não fiáveis, orientadas para a remoção do sintoma. Nos primeiros estudos realizados relativamente à eficácia da psicoterapia, os terapeutas atribuíam uma escala aos resultados dos pacientes. Bergin (1971), e Bergin e Lambert (1978) apresentam um estudo onde os terapeutas classificam os pacientes numa escala - *não curado; melhor; muito melhor; ou curado*.

Estas avaliações centradas no sintoma psicopatológico foram criticadas, em 1999, por Kazdin, considerando que as mesmas não definiam relevância clínica em relação aos objetivos do cliente. Mais recentemente, McLeod em 2011, levantou a questão acerca do que poderá representar para cada paciente, uma diminuição, ou até extinção de determinado sintoma.

Hill, Chui, e Baumann (2013), reconhecem que uma das falhas na definição de resultados é a preocupação em "*curar*". Os psicoterapeutas desejam que as pessoas melhorem, demonstrem menos sintomas, mais ajustadas e mais aptas nas relações interpessoais. Não obstante, este desejo torna-se difícil, uma vez que muitos dos sintomas psicológicos manter-se-ão durante toda a vida. Raramente se alteram estruturas básicas inatas. Portanto, não extinguir determinados sintomas não significa que a terapia esteja a ser ineficaz. A psicoterapia tem um papel importante na identificação e compreensão desta inalteração.

Na sequência, das críticas à perspectiva de Eysenck, foram emergindo novas definições de resultados, que englobavam novas dimensões, não se centrando apenas nos sintomas.

Strupp (1963), alertou para as complexas mudanças intrapsíquicas que ocorrem durante a psicoterapia de longa duração. Contudo, se estas mudanças não são corretamente acedidas não demonstram os verdadeiros efeitos da terapia. Neste seguimento, tecendo algumas críticas ao que Eysenck afirmava em 1952, referiu que os resultados obtidos na terapia são complexos e difíceis de medir. Consequentemente, não seria possível aceder-lhes a partir de medições simples, resultantes do ajustamento social e laboral, e do autorrelato da próprias dificuldades (Hill et al., 2013).

Luborsky (1984) e Kanfer e Goldstein (1991), introduzem nas suas definições de resultado, não só os sintomas, como também, aspetos da personalidade e das relações.

Tomando a mesma linha, além sintomas, Hayes, Feldman, e Goldfried (2005), perceberam que o *insight* estava relacionado com a esperança e estimulação afetiva

(expressões da visão do *self*). Estando estes indicadores relacionados com o resultado de melhoria (Castonguay, 2013).

Para Wampold (2013), a definição de resultados, que tem como foco a redução dos sintomas, esquece outros domínios como a qualidade de vida, o funcionamento e o bem-estar. Aspetos que, muitas vezes, trazem os pacientes à terapia. A saúde mental não deve ser considerada apenas como a ausência de sintomas.

Kazdin em 2009, refere que, mais importante do que conceptualizar determinado constructo, é entender como ocorre a mudança do sintoma. Esta ideia completa o que Strupp já postulava em 1963, a necessidade não só de percebermos o resultado, como também o processo, e a sua interdependência. Tornando-se então relevante fazer previsões quer no início, quer no decurso da terapia.

Desta forma, entende-se que não é suficiente olharmos apenas para o resultado da psicoterapia, é preciso entender como a psicoterapia lida com a mudança (Wampold, 2013).

2. DOS PROCESSOS DE MUDANÇA AOS MECANISMOS DE MUDANÇA

De forma a melhorar os resultados finais em psicoterapia, é importante entender como a terapia funciona, entender o processo que explica a mudança terapêutica pode otimizar essa mudança. Reconhecer como a mudança ocorre possibilita a identificação de diferentes, ou novas, estratégias que desencadeiem o processo de mudança (Kazdin, 2009).

Neste sentido, e de acordo com Strupp (1963), é importante que se realizem investigações para estudar o processo terapêutico. O foco no processo de mudança permite elevar-nos da dicotomia entre processo e resultados, promovendo a divisão do processo em diferentes episódios de mudança que estão em diferentes pontos num contínuo de resultados (Greenberg, 1986).

Greenberg (1986), discute que a investigação sobre processos de mudança é necessária para entender *como* é que a psicoterapia produz mudança. O autor sugere que existem pequenas alterações durante o decorrer da terapia (*little os*), que conduzem a uma mudança maior e mais global (*big Os*).

Para explicar o processo de mudança, Greenberg (1986) propõe ainda medir três tipos de resultado: Resultados imediatos - mudanças evidentes na sessão; Mudança

intermédia – mudanças que ocorrem extrasessão, em determinadas atitudes e comportamentos, variando no tempo, e com expressão no *Resultado final*.

Relacionado com o primeiro tipo de resultado proposto por Greenberg (1986), *Resultados Imediatos*, estão, na linguagem de Elliott (1984) e Elliott et al. (1994), os momentos significativos em terapia, relevantes para compreender como a mudança ocorre em terapia. Estes eventos que ocorrem em sessão, segundo Greenberg (1986), são compostos por 4 componentes - *marcador do problema pelo paciente; operação terapêutica; performance do cliente; e, resultado imediato na sessão*. A investigação nesta área poderá responder a algumas questões como, *Que desempenho do paciente leva à mudança?*.

Greenberg (1986), postulava que era importante segmentar a terapia em episódios/eventos, de forma a entender o processo num contexto clinicamente significativo. Cada episódio representa uma unidade significativa, que é desenhado, de acordo com a abordagem terapêutica, para alcançar um objetivo terapêutico intermédio.

No mesmo ano, Greenberg, justifica a importância de identificar os ingredientes da mudança, bem como explicar os mecanismos que lideram esta mudança. Esta ideia, em veio mais tarde a ser suportada por Kazdin (2007).

Segundo Kazdin, 2007, é possível observar que a psicoterapia causa mudança. Contudo, demonstrar que é responsável por uma mudança, não explica o *porquê* e *como* a intervenção levou à mudança, ou como esta ocorre. Para avaliar *como* a mudança ocorre, a investigação debruça-se sobre os mediadores.

Mediador, é um constructo que demonstra a relação estatisticamente importante entre uma intervenção e o *outcome*. Contudo, não explica o processo preciso através do qual a mudança ocorre.

O termo *mecanismo* faz referência a um nível mais específico, reflete os passos, ou processos através dos quais a terapia, desenvolve e produz a mudança. Mecanismos explicam como a intervenção se traduz em eventos que levam ao resultado final. Segundo Kazdin (2006,2007), são o *como* ou *porquê* da mudança terapêutica.

Moderador, refere-se a algumas características que influenciam a direção e a magnitude da relação entre intervenção e resultado final (Kazdin, 2007).

Também Brian Doss em 2004, refletiu sobre este tema propondo um quadro que se destina a preencher a lacuna existente entre o resultado final e a investigação do processo de mudança.

Reconhecendo a pouca concordância existente na forma como se devia estudar a mudança, este autor, propôs a integração de dois principais focos de investigação. O primeiro foco é tentar identificar quais os "*ingredientes ativos*" na terapia, estes são aspetos da terapia que estão associados ao resultado final, produzindo, na sua maioria, um melhor resultado. Representam técnicas e estratégias implementadas que podem definir processos que terão impacto, em algum momento, após a sessão (Llewelyn & Hardy, 2001).

Outra linha de estudo, envolve a quantidade de mudanças, nas variáveis do paciente, motivadas pela terapia (e.g. competências sociais, regulação emocional e esquemas cognitivos). Estas duas linhas de investigação são passíveis de serem comparadas com o resultado final.

No que diz respeito ao primeiro foco Doss (2004), tal como Greenberg (1986), Orlinsky et al. (2004) e Crits-Christoph et al. (2013), faz referência aos processos de mudança. O segundo foco designa os mecanismos de mudança.

Os **processos de mudança** são aspetos da terapia, ou do paciente, isto é, intervenções, diretivas ou características da terapia construídas pelo terapeuta, que ocorrem em sessão; e comportamentos ou experiências que resultam do que aprendem nas sessões. Doss (2004), distingue **processos de mudança terapêutica**- que poderia ser, por parte do terapeuta, a promoção de algum tipo de competências no paciente; e **processos de mudança do paciente** – a utilização eficaz das técnicas em sessão, são comportamentos ou experiências que decorrem do anterior.

Mecanismos de mudança são mudanças intermédias, que não estão diretamente sobre o controlo do terapeuta, nem são o resultado imediato do processo de mudança na terapia. São mudanças que se generalizam para a vida do cliente.

Espera-se que os processos de mudança levem a uma melhoria dos mecanismos de mudança, e que estes, à melhoria do resultado final.

Na terminologia de Doss, quando o cliente utiliza a nova perspetiva (aprendida em terapia) na vida quotidiana, deve ser referida como mecanismo de mudança, oposto a processo de mudança do cliente, que se verifica em terapia. Os investigadores devem estar atentos à possibilidade de os processos de mudança do cliente e os mecanismos de mudança estarem relacionados, visto que, melhorias no processo promove alterações nos mecanismos de mudança.

Segundo Holtforth, Castoungay, e Borkovec (2004), a distinção que Doss faz entre processo e mecanismo está relacionada com o espaço em que a mudança, por parte do paciente, se verifica. Mecanismo é o termo que se aplica quando a nova perspectiva aprendida, em contexto de terapia, é generalizada para o contexto da vida quotidiana. A ocorrência da nova perspectiva (como causa) é o mesmo quer se chame processo, na terapia, ou mecanismo fora dela. É neste sentido, que Doss (2004) sugere que os mecanismos de mudança devem ser investigados fora do contexto das sessões.

Assim, entendemos que estamos perante três níveis de mudança que se distinguem de forma conceptual, mas estão interrelacionados. Processos de mudança (*nível micro*), mecanismos de mudança (*nível meso*) e resultados finais (*nível macro*).

3. MECANISMOS DE MUDANÇA COMO RESULTADOS INTERMÉDIOS

3.1. Na Prática

A definição de mecanismos de mudança não é parcimoniosa, e a investigação nesta área ainda é imatura. Segundo Johansson e Høglend (2007), porque ainda não foram demonstrados mecanismos de mudança suficientemente satisfatórios para nenhuma forma de psicoterapia. Além disto, muitos estudos focam-se na demonstração que a mudança nos mediadores, potenciais mecanismos de mudança, é antecedente às mudanças das variáveis dos resultados finais.

Algumas tentativas de conceptualização deste conceito têm sido feitas. Para Kazdin (2006), mecanismos de mudança eram definidos como o *como* ou *porquê* da mudança terapêutica. Como exemplo de mecanismos de mudança, o autor aponta a mudança das crenças (nomeadamente em casos de depressão), a aliança terapêutica, mas também outros fatores comuns.

Estudos anteriores, que refletiam sobre a eficácia da psicoterapia, ficavam aquém da resposta de *como* e *porquê* a psicoterapia funciona. O estudo dos mecanismos de mudança permite entender o que contribui para a mudança, não apenas se funciona ou não (Johansson & Høglend, 2007). Permite ainda, clarificar as ligações entre o que é feito - intervenção - e a diversidade de resultados obtidos. Para Hollon e Kriss (1984), os mecanismos interagem entre as técnicas de intervenção, processos cliente-terapeuta importantes e o resultado final. Esta definição faz sentido à luz do que Kazdin (2007) afirmou, uma mesma intervenção técnica poderá dar origem a resultados diferentes, ou, vice-versa, diferentes intervenções revelarem o mesmo resultado final.

Kazdin e Nock (2003) e Kazdin (2006), definem mecanismos como processos ou eventos que são a causa, e que levam à mudança terapêutica, são um nível mais específico que o termo mediador. Esta causa pode variar em termos temporais e pode ocorrer direta, ou indiretamente. Adicionalmente, as melhorias nos mecanismos de mudança podem ter origem em intervenções diretamente do terapeuta, interações familiares, ou devido a eventos que ocorrem fora das sessões terapêuticas (Doss, 2004).

No entanto, demonstrar apenas uma relação não providência necessariamente um constructo que explique o *porquê* desta relação existir.

No seguimento dos estudos relativos à eficácia em psicoterapia, surgiu a tentativa de contrastar várias formas de psicoterapia. Segundo Johansson e Høglend, 2007, a inexistência de diferenças entre escolas demonstra que a psicoterapia trabalha sobre mecanismos comuns (eg. aliança terapêutica). Para Doss (2004), esta transversalidade também se aplica na abordagem dos mecanismos de mudança. Diferentes terapias têm impacto no mesmo mecanismo de mudança, através de intervenções ou características da terapia muito diferentes.

Na perspetiva de Doss (2004), Johansson e Høglend (2007) e Boswell (2015), os mecanismos de mudança podem ser entendidos dissociados de técnicas de intervenção terapêuticas específicas. Contudo, nem todas as perspetivas acerca de mecanismos de mudança tomam esta linha.

Em alguns estudos de mecanismos estes aparecem ligados aos modelos terapêuticos e a perturbações (Laurenceau, Hayes, & Feldman 2007; Crits-Christoph, et al., 2013). Segundo Castonguay (2013), o estudo do processo deve envolver as intervenções e os mecanismos de mudança, inerentes a diferentes abordagens terapêuticas.

Em contrapartida, alguns estudos empíricos (Carey et al., 2007; Higginson & Mansell, 2008), referem que a mudança é experienciada de forma similar, independentemente do tipo de tratamento. Muitas terapias têm resultados finais equivalentes, apesar de teorias e técnicas diferentes. Ademais, as teorias transdiagnóstico e abordagens terapêuticas são sustentadas pela convicção que existem processos comuns adjacentes às causas, manutenção e alívio, em diferentes formas de psicopatologia. Assim, da investigação da experiência de mudança psicológica, é expectável que surjam temas comuns.

Considerando os mecanismos associados a intervenções e perturbações, Velden et al. (2015), tentam compreender a relação entre a terapia cognitiva com base no *mindfulness*, e o tratamento de perturbação depressiva major. Numa análise sistemática de doze estudos, indicam como mediadores, e possíveis mecanismos de mudança a *Promoção de capacidades de mindfulness, meta-consciência, e auto-compaixão, e Redução da ruminação, preocupação e compaixão*, que promove, com este tipo de modelo terapêutico, redução da sintomatologia depressiva.

Numa perspetiva integrativa, em que os mecanismos de mudança não estão associados a uma intervenção, ou perturbação, Grawe (1997), elaborou uma teoria, onde encontrou quatro mecanismos de mudança empíricos, que derivam de investigações anteriores acerca do processo de mudança. Estes mecanismos são transversais e validados empiricamente em diferentes abordagens terapêuticas: *Ativação de Recursos* – utilização de capacidades individuais do paciente para a mudança terapêutica; *Atuação no problema* – promover durante a terapia a experiência emocional, no momento, com vista á dessensibilização; *Méstria/Coping* – é a experiência concreta de aprender formas de lidar e gerir situações difíceis; e, *Clarificação do significado* - reflete a realização de objetivos e a ameaça que uma situação representa para a realização dos mesmos.

Segundo o autor, os três últimos mecanismos estão diretamente ligados à promoção de mudança terapêutica.

Os mecanismos de mudança propostos por Grawe, sustentaram a construção da escala de avaliação de mecanismos gerais SACiP (*Scale for the Multiperspective Assessment of General Change Mechanisms in Psychotherapy*), por Mander et al. (2013). Este instrumento consistia em seis subescalas, de acordo com os mecanismos propostos por Grawe (1997). A intenção era medir os mecanismos com base na última sessão, considerando a perspetiva quer do paciente, quer do terapeuta.

Em 2014, Mander et al., tentaram melhorar o instrumento, criando um segundo, *Individual Therapy Process Questionnaire* (ITPQ). Este, mais recente, cobre uma variedade de facetas de mecanismos de mudança validados empiricamente, apresenta versões para terapeutas e participantes, e tenta explorar o curso dos mecanismos em diferentes fases do processo.

Em ambos os estudos (Mander et al., 2013,2014), confirmam a existência daqueles mecanismos de mudança, assim como a influência destes sobre o resultado final.

Gibbons et al. (2009), também reconhece a identidade dos mecanismos de mudança, isto é, não associados a uma modalidade de tratamento. Este autor tentou explorar a presença de mecanismos de mudança em diferentes abordagens de intervenção, nos modelos cognitivos e dinâmicos. Os mecanismos de mudança explorados foram os *Ganhos na Autocompreensão de padrões interpessoais*- compreensão e consciência de fatores que estão na origem de conflitos interpessoais; *Aquisição de competências compensatórias*- demonstração e aprendizagem de estratégias de *coping* e de resolução de problemas; e *Melhorias na visão do self*- discrepância entre as visões do *self*, atual e ideal.

As conclusões deste estudo suportam a transversalidade destes mecanismos nos dois modelos, e tal como Mander et al. (2013,2014), a implicação dos mesmos sobre o resultado final.

Higginson e Mansell (2008), também referem que a mudança é idêntica, dissociável das técnicas terapêuticas. Num estudo qualitativo, em que tentam compreender o *como* e o *porquê* da mudança psicológica, analisando e interpretando entrevistas de seis pacientes, propõem quatro categorias de potenciais mecanismos de mudança: *Evitamento do problema altera-se para confronto com o problema* – exploração de razões que impedem enfrentar as dificuldades e exploração de novas formas de lidar com estas; *Mudanças graduais e eventos significativos* – identificação do processo como gradual e demorado, existindo, em simultâneo, mudanças repentinas; *Perceção do novo self* – perceção de alterações na relação com o *self*, aquisição de estratégias de *coping* e autocompreensão; e, *Colocar o problema em perspetiva* – perspetiva racional face ao problema, aceitação e avaliação satisfatória da experiência.

Lipsitz e Markowitz (2013), hipotetizam quatro mecanismos de mudança da Terapia Interpessoal. Este modelo terapêutico admite ter uma abordagem integrativa tomando como foco um problema interpessoal do paciente, em que se promove a criação de uma nova narrativa para o paciente desmistificar, ou externalizar o problema.

Considerando que o estímulo interpessoal e as estratégias, deste modelo são transdiagnóstico, Lipsitz e Markowitz (2013) propõem mecanismos de mudança transversais aos diagnósticos, sobre os quais, a que a Terapia Interpessoal incide.

Os mecanismos de mudança interpessoal sugeridos são o *Reforço do suporte social*- em que suporte social implica recursos providenciados por outros; *Diminuição do stress interpessoal* – as experiências interpessoais que promovem distress são geradoras de desafios terapêuticos, indo para além do inverso de suporte social; *Processar emoções* - as emoções são a linguagem primária das relações interpessoais, e são tarefas centrais para enfrentar e superar problemas relacionais; e *Melhorar Competências interpessoais* – melhorar o funcionamento interpessoal é um objetivo universal da psicoterapia (Lipsitz & Markowitz, 2013).

Boswell (2015), apesar de reconhecer a importância dos mecanismos sobre os quais as intervenções operam, dá ênfase aos que são transversais a diferentes modelos psicoterapêuticos.

A maioria dos investigadores de *process-outcome* focam-se em três amplas categorias de variáveis – (1) *Fatores do participante*; (2) *Fatores relacionais*; e (3) *Fatores técnicos*. Contudo, na investigação, estas categorias são ocasionalmente separadas, ou o foco é colocado apenas numa, ignorando as restantes, e a mudança deve ser entendida como complexa e multideterminada. As intervenções ocorrem num contexto relacional, o comportamento do participante é mutuamente responsivo, e as associações entre variáveis relacionais e o *outcome* pode variar em função das características do paciente (Boswell, 2015).

É neste seguimento que Boswell (2015), se tem interessado pelo estudo das interações entre as variáveis do processo, relevantes para a explicação do *outcome*. Assim, reconhece, com interesse, a necessidade de identificar as estratégias de mudança e mecanismos transversais a diferentes modelos. Este foco de estudo tem subjacente a ideia que, terapeutas de diferentes orientações chegam a um conjunto comum de estratégias, e que, é provável que o que emerge seja um fenómeno consistente, independente das bases teóricas.

3.2. Investigação (pacientes, quotidiano e abordagem qualitativa)

Embora cada vez mais seja consensual a importância de estudar os mecanismos de mudança, esta ainda não é uma área muito aprofundada.

Os mais recentes estudos nesta área, maioritariamente quantitativos, de forma a identificarem mecanismos de mudança, utilizam uma análise mediada para encontrarem as variáveis intervenientes (mediadores), e os processos que explicam a associação entre

uma intervenção específica e os resultados (Schmidt & Schimmelman, 2015). Esta análise pode determinar se há relação, estatisticamente importante, entre a intervenção, o mecanismo de mudança e o resultado final, e se, a relação se mantém significativa quando a variância da variável mediador é retirada. Contudo, esta análise não explica *como* a mudança ocorre, e não estabelece uma causalidade (Velden et al., 2015).

O estudo dos mecanismos de mudança está pouco desenvolvido utilizando a abordagem qualitativa, em contraste com a quantitativa. No entanto, a metodologia qualitativa permite reforçar a relação entre prática e investigação, pela descrição da experiência subjetiva dos pacientes em psicoterapia, e ainda, criar condições para potenciar a especialidade clínica (Binder, Holgersen, & Nielsen, 2009).

É neste sentido que surge a replicação deste estudo (Maia, 2014), onde é utilizada uma metodologia promissora, que permite ao paciente refletir sobre mudanças do seu quotidiano. Tal, permite-nos então chegar à área subjetiva da experiência humana, onde os participantes estão focados nos processos, significados, características e contextos.

Em 2007, Carey et al., realiza um estudo qualitativo em que propõe compreender não só o que é a mudança psicológica, mas também *como* esta ocorre durante o processo psicoterapêutico. Para o estudo foram utilizadas entrevistas semiestruturadas. Também em 2001, Elliott (1999), tinha proposto um formato de entrevista - *Change Interview* - que tinha em vista compreender como os pacientes mudam durante a terapia.

Neste estudo, de 2007, para os participantes a mudança é representada por mudança de sentimentos, pensamentos ou ações. Os participantes não conseguem especificar se estas ocorreram de forma gradual ou abrupta, oferecendo descrições em que ambas as formas estão envolvidas. Descrevem ainda ter existido um período de “negatividade”, e um momento de mudança repentina, prolongando-se num período de “positividade”. Não são então descritos estádios de mudança. Questionados sobre *como* esta mudança ocorre emergem seis temas: motivação e prontidão; compreensão de aspetos do *self*; ferramentas e estratégias; aprendizagem; interação com o terapeuta e alívio em falar.

Em 2008, Higginson e Mansell, também colocam o foco da sua investigação na compreensão do *como* da mudança psicológica. Realizam um estudo qualitativo de interpretação fenomenológica. As entrevistas abrangiam os aspetos da experiência, detalhes das dificuldades enfrentadas, como estas dificuldades afetaram a sua vida e

ainda como foram capazes de as superar, e como se sentiram face à mesma, olhando para trás. Da análise e interpretação das entrevistas emergem algumas categorias de potenciais mecanismos de mudança, descritos na secção anterior.

Tal como no estudo de Carey et al. (2007), os participantes reportam existir momentos de mudança gradual e repentina, acrescentando ainda, a existência de momentos significativos que promoveram o início de novas perspetivas.

Na investigação em psicoterapia, os métodos qualitativos têm sido particularmente úteis, e cada vez mais reconhecidos, no estudo mais aprofundado de aspetos específicos do processo terapêutico. Esta abordagem é utilizada, predominantemente, quando a área de investigação é nova, confusa ou de grande complexidade (Timulak, Belicova, & Miler, 2010).

Por vezes, na abordagem quantitativa o cliente faz uma série de micro julgamentos para responder aos itens. Contudo, as respostas dadas no curso da terapia podem não refletir o nível de benefício terapêutico que está realmente a existir. É possível que no início da terapia o paciente se sinta desesperado e dê uma resposta extrema a um questionário. Após algumas sessões, a resposta poderá ser diferente, pois é provável que possua ferramentas para lidar com os seus sentimentos, ainda que se sinta da mesma forma que anteriormente. Isto significa que alguns destes resultados são arbitrários e não estão suficientemente fundamentados na vida real, levantando questões de qual será o seu significado na vida do paciente (McLeod, 2011).

A metodologia qualitativa permite chegar à matéria mais subjetiva da experiência, focando a narrativa, o contexto e o significado. É possível fazer uma avaliação mais detalhada do processo, nomeadamente, incluir *quem* muda e *como* a mudança ocorre (Kazdin, 2007). Em contrapartida, a abordagem quantitativa possibilita o estudo da relação entre processos na sessão e os resultados pós-terapia, sendo o processo de mudança tratado como uma caixa negra em que apenas se dá atenção ao *input* e *output*, esquecendo os processos intermédios (Elliott, 2010).

A abordagem qualitativa permite ainda entender a perspetiva do paciente, onde este constrói uma narrativa, refletindo a sua história, a sua vida, e a sua terapia, contada pelo próprio (McLeod, 2011).

A investigação dos mecanismos de mudança a partir da metodologia qualitativa não está suficientemente explorada. Contudo, esta abordagem é utilizada

recorrentemente no estudo dos momentos significativos em terapia, bem como, a recolha da experiência subjetiva do paciente (Timulak, 2007).

O estudo dos mecanismos e dos momentos significativos convergem não só em termos metodológicos, mas também, na importância que cada conceito representa, e o seu impacto no resultado final (Timulak, 2007). Podemos entender que as categorias encontradas num estudo de Timulak (2007) - *Consciência/ Auto-compreensão; Mudança do comportamento/ Solução do problema; Empowerment; Auxílio; Exploração de sentimentos/ Experiência Emocional; Compreensão dos Sentimentos; Envolvimento; Suporte/ Segurança; e Contacto pessoal* - sobre eventos significativos, podem ser relacionadas com os potenciais mecanismos de mudança apontados por Higginson e Mansell (2008). Constata-se que em ambos os estudos, os participantes revelam a importância da *Auto-consciência*, bem como o apoio do terapeuta. Além disto, no estudo de Higginson e Mansell (2008), os participantes, espontaneamente fazem referência a momentos-chave na mudança, que poderão representar na linguagem de Timulak, momentos significativos em terapia.

As categorias de Timulak (2007), também se podem assemelhar a alguns dos mecanismos de mudança sugeridos por Gibbons et al. (2009). Por exemplo, o mecanismo de mudança *Aquisição de Competências Compensatórias*, poder-se-á equiparar ao que Timulak (2007) refere como *Mudança do comportamento/ Solução do problema*, no sentido em que ambos remetem para a aquisição de novas estratégias. Seja o primeiro para lidar com situações potencialmente perturbadoras, seja no segundo, para atingir objetivos.

Outra semelhança que se encontra, é entre *Consciência/ Auto-compreensão* (Timulak, 2007) e *Ganhos na autocompreensão de padrões interpessoais* (Gibbons et al., 2009). A primeira categoria remete para a consciência de aspetos da experiência, ou situação de vida, num termo lato, incluindo outras pessoas. A autocompreensão, que engloba os outros, é o que leva esta categoria a assemelhar-se ao mecanismo de mudança de Gibbons et al. (2009).

Também o mecanismo de mudança *Melhorias na visão do self* (Gibbons et al., 2009), parece ter características idênticas ao que Timulak (2007), denominou *Empowerment*. Ambas as categorias remetem para um sentimento de desenvolvimento do *self*, que pode estar na base da redução da egodistonia do *self*.

Como até aqui explicitado, a abordagem qualitativa parece ter um carácter holístico, potenciando o desenvolvimento do conhecimento acerca dos mecanismos de mudança. Remetendo ainda para semelhança metodológica entre esta área de investigação, e a dos momentos significativos em terapia, estas partilham não só a abordagem qualitativa, como também, a possibilidade de dar a voz ao paciente, para que estes partilharem a sua experiência e narrarem a sua perspetiva, aspetos enriquecedores para a compreensão do tema.

Gordon (2000), justifica a importância de nos disponibilizarmos a ouvir os pacientes. Para estudarmos a psicoterapia é preciso entender que os pacientes são agentes ativos desta, e as suas ações são intencionais. Cada um representa a sua própria realidade, a partir de modelos, e apresenta teorias do próprio mundo, influenciando as suas expectativas face aos acontecimentos.

Segundo Bohart (2013), os pacientes são participantes importantes no resultado final da terapia, tendo uma contribuição forte para o mesmo.

Lambert (2005) refere que, a investigação focada no paciente tenta melhorar o resultado final da terapia, sugerindo uma monitorização do progresso do paciente, permitindo ao terapeuta obter informação para guiar o tratamento de forma mais adequada. Boswell, em 2015, partilha ideias semelhantes, estudos que tentam ligar a prática e a investigação, têm como elemento fundamental ir monitorizando o *outcome* diário e o *feedback*. Considerando que tanto os terapeutas, como os pacientes, são reconhecidos como agentes ativos na terapia, remeto para as Teorias de *Feedback*.

Por *feedback*, em psicologia, entende-se que é a (1) informação dada a uma pessoa, (2) de uma fonte externa, (3) acerca dos comportamentos, da primeira, ou efeitos do mesmo. Assim, compreende-se que em terapia uma observação acerca de um comportamento do paciente, por parte do terapeuta é um *feedback*, a resposta dada pelo paciente tem o mesmo valor (Claiborn, Goodyear, & Horner, 2001).

Contudo, tendo em conta as características da presente investigação, disserto acerca da importância do *feedback* dado pelos pacientes em psicoterapia.

A monitorização e o *feedback* sistemático, por parte dos pacientes, permite obter informação que vai para além daquela que o terapeuta consegue observar ou compreender acerca do progresso do paciente. Segundo Lambert e Shimokawa (2011), o preenchimento de uma escala standardizada, por parte do paciente, fornece informação em tempo real acerca de possíveis desvios das expectativas do tratamento,

sobre o ponto de vista do próprio, possibilitando informação sobre o funcionamento quotidiano do paciente.

Lambert e colegas constroem o *Outcome Questionnaire-45*, uma medida de *self-report* que pretende prever as falhas no tratamento, de forma a melhorar o resultado final. Este sistema *OQ*, concerne informação acerca de 3 domínios do funcionamento do paciente - sintomas, em particular ansiedade e depressão; dificuldades interpessoais; e, funcionamento do papel social (Lambert & Shimokawa, 2011).

Não obstante, a contribuição do paciente não pode ser apenas reconhecida no *outcome*, o paciente também é um elemento ativo na psicoterapia, sendo o mesmo, mais que o próprio terapeuta, quem implementa o processo de mudança. A centralidade dos pacientes no processo deve-se ao facto de estes terem a capacidade de utilizar métodos diferentes para promover a mudança, no sentido do próprio crescimento (Bohart, 2013).

Além disto, o que os pacientes consideram útil pode ser diferente daquilo em que os modelos terapêuticos se focam, o que muitas vezes significa que, o que o paciente quer fora da terapia contrasta com o que o foco de trabalho do psicoterapeuta em terapia. Acrescentando, os pacientes captam “coisas” que são, muitas vezes, negligenciadas pelos investigadores e teorias (Bohart, 2013).

O "mundo teórico" dos pacientes de psicoterapia precisa de ser entendido como forma de compreender como é que as pessoas, nesse papel, interpretam e dão sentido à sua experiência (Gordon, 2000).

O que também me surge relativamente à possibilidade de dar voz aos pacientes face à sua experiência de mudança é que, se esta experiência não for capaz de ser reconhecida e relatada pelo próprio, o que é que representa em termos terapêuticos? Seria possível, ou coerente, refletir sobre uma mudança do paciente que apenas o terapeuta identifica?

A ocorrência de certos indicadores de mudança não significa que exista verdadeiramente uma mudança geral ou permanente, apenas indica que foi criado um potencial que o paciente pode, ou não, utilizar posteriormente. Em termos sociais, não determina a sua participação ou compreensão futura, apenas cria novas possibilidades para que futuramente possam ser repetidas e generalizadas (Dreier, 2008).

Tanto na investigação que reflete sobre o *outcome* e a forma de o melhorar, como na investigação acerca dos mecanismos e processos de mudança, a compreensão

da vida quotidiana do paciente, fora da terapia, parece um aspeto importante. Na primeira linha de investigação, a partir da monitorização e o *feedback* sistemático possibilitando informação sobre o funcionamento quotidiano do paciente (Lambert & Shimokawa, 2011).

Na segunda linha de investigação, Doss (2004) identifica a importância de discernir a diferença entre processo e mecanismo de mudança, considerando que os processos ocorrem no contexto de terapia, em contraste com os mecanismos, que devem ser investigados fora das sessões.

Em 1986, Greenberg, considerava que se devia compreender que tipo de atividades na terapia e os resultados que levavam a certas mudanças fora da terapia. Para tal, lançava a possibilidade de se estudar o processo de mudança fora da terapia. Na linguagem de Doss (2004) viria a representar o estudo dos mecanismos de mudança.

O contexto além terapia também é importante. Muitas intervenções ou experiências da vida diária promovem melhorias no funcionamento adaptativo, bem como, na saúde mental e física (Kazdin & Nock, 2003; Kazdin, 2007). Contudo, estes contextos interagem de forma dinâmica. Se por um lado o paciente traz aspetos do quotidiano para a terapia, o contrário também é passível de se verificar.

Assim, a investigação em psicoterapia deveria ter uma abordagem contextual, que explica a atividade dentro e fora da terapia. Esta abordagem deveria ser transversal aos vários contextos, pois o paciente é agente na transformação da sua vida diária, com o que aprendeu na terapia. É no contexto quotidiano que cada um se expressa e, portanto, manifesta as suas mudanças (Bohart, 2013; Dreier, 2008).

Nas sessões, normalmente, são trabalhadas diferentes situações problema e experiências fora da terapia, e são exploradas uma variedade de possibilidades diferentes de lidar nesses momentos (Bohart, 2013; Dreier, 2008). A melhor forma de compreender como o paciente apreende o que foi trabalhado na sessão, é verificar como este trabalho surge entre sessões, quando não estão em contacto com os terapeutas (Bohart, 2013).

Tal como Dreier refere a importância do contexto fora da terapia e as relações que o paciente aí vive, também Wachtel (2014), reconhece o papel do mesmo, em particular das experiências relacionais. A partir da importância do contexto relacional nos modelos psicodinâmicos, este autor, elabora sobre o conceito de terapia relacional integrativa. Esta concerne em alcançar experiências emocionais corretivas através da relação

terapêutica, mas também, promover novas formas de interagir com outros fora da terapia. Assim, as experiências da vida do paciente tornam-se também agentes terapêuticos, em que as relações significam uma forma de obter cooperação e participação ativa do paciente, em experiências fora da terapia.

Lipsitz e Markowitz (2013), adotando as ideias de Doss (2004), referem que quando a Terapia Interpessoal, que se foca num problema interpessoal da vida dos pacientes, se propõe a resolver a crise dos pacientes, tal constitui um processo de mudança. Além disto os autores ainda assumem que a mudança é generalizada para o quotidiano dos pacientes, assim a resolução do problema passa pelo processamento das emoções e pela sua expressão no contexto interpessoal. Esta ideia é congruente com o referido anteriormente, experiências da vida do paciente também são agentes terapêuticos, nomeadamente as relações (Wachtel, 2014).

É no seguimento dos aspetos discutidos neste ponto que se enquadra a presente investigação, que considera indagar mecanismos de mudança a partir da apresentação de cenários, em que o conteúdo dos mesmos reflete situações do quotidiano, pela voz de pacientes em psicoterapia.

3.3. Memória Autobiográfica e Cenários ativadores

Os cenários apresentados aos participantes da presente investigação representam "situações potencialmente perturbadoras", universais. A forma idiossincrática como cada um responde pode revelar os seus esquemas e experiências passadas.

Pode-se então considerar que, as respostas dadas pelos participantes face aos cenários, que revelam a experiências passadas, se podem associar ao relato de memórias autobiográficas.

A memória são experiências subjetivas de recordação, por vezes acompanhadas por imagens ou aspetos sensoriais. Quando se fala de memória deve existir um sentimento de familiaridade, levando a alguma aproximação contextual, tempo e lugar (Habermas, 2015).

A memória autobiográfica consiste em memórias de eventos da vida pessoal, envolvendo mais que a codificação, armazenamento e recuperação. Neste tipo de memória há uma vivacidade que acompanha o relato das mesmas, podendo ser utilizada a metáfora de que a experiência está a ser revivida (Greenberg, 2005; Habermas, 2015).

A vivacidade não é associada a nenhuma memória específica, nem detalhada, mas sim quando os relatos são feitos sob a forma de narrativa. A memória autobiográfica diz respeito a eventos que são comunicados sob a forma de narrativas, e o que é narrado tem, habitualmente, algum grau emocional (Habermas, 2015).

De acordo com Habermas (2015), as narrativas têm duas funções principais. A primeira, é comunicar eventos, que têm uma determinada sequência. A segunda função é a avaliação. A avaliação engloba as visões subjetivas dos eventos, nomeadamente, emoções e cognições. As emoções são um tipo específico de avaliação, são espontâneas e uma avaliação pré-reflexiva do evento. Além disto, são parte integrante das narrativas, pois são desencadeadas por eventos sentidos como relevantes para o indivíduo.

Tendo em conta que a ativação emocional, face a uma experiência, está associada à capacidade de memorização e à capacidade de recordação (McGaugh, 1995), a recordação autobiográfica promove a ativação emocional.

A narrativa e as emoções são processos intrinsecamente paralelos, e ambos estruturados pela perspetiva, quer temporal, quer de quem narra. No caso da memória autobiográfica significa que, por vezes, devido à distância temporal, os narradores podem avaliar retrospectivamente os eventos e, portanto, as avaliações diferem das avaliações internas do momento.

No entanto, quando estamos perante uma situação traumática, a memória consciente "vai abaixo" para dar lugar à memória inconsciente, estabelecida pelo medo, através do sistema da amígdala (Young, Klosko & Weishaar, 2003).

Assim, quando os indivíduos são confrontados com um estímulo que recorde, ainda que não seja igual, uma experiência traumática, as emoções e sensações corporais são ativadas pelo sistema inconsciente da amígdala. Caso estejam conscientes, as emoções e sensações corporais são ativadas mais rapidamente que as cognições (Young et al, 2003). A estrutura esquemática envolvida no processamento emocional compreende as componentes afetiva, cognitiva e motora (Muran & Segal 1992).

Habermas (2015), apresenta o *Modelo unificado de níveis narrativos com relevância clínica*. Embora para o presente estudo não seja relevante compreender as narrativas associadas a perturbações específicas, alguns dos níveis deste modelo dão-nos pistas acerca daquilo que se poderá verificar nas respostas da descrição dos cenários.

No *Nível 1 – Narração*, compreende-se as várias formas através das quais um evento pode ser narrado, por exemplo, numa sequência de eventos. Mais ainda, quando nos referimos a eventos autobiográficos, os indivíduos vão reagir emocionalmente, no sentido em que, à medida que dão a conhecer a sua história, cada vez mais se vão colocando dentro da situação. No *Nível 2 – Agência*, verifica-se uma estruturação intencional da história, isto significa que, a narração irá demonstrar as intenções, os propósitos e direção de vida do indivíduo. No *Nível 3 – Avaliações Diretas*, ficam agrupados os significados das narrativas, que carregam o processo mental do narrador. A maioria dos significados consideram as condições mentais, que podem ser agrupadas, por exemplo, em questões perceptuais, emotivas e cognitivas. Usualmente, as ações mentais são expressadas por verbos mentais, como, “ver”, “ter medo”, “pensar” ou, “decidir”. No discurso quotidiano, as emoções são frequentemente expressas por adjetivos, substantivos ou metáforas.

Esta relação entre narrativas, memória autobiográfica e evocação emocional, é importante quando nos remetemos a um objetivo da psicoterapia, levar à mudança.

Segundo Gonçalves e Silva (2014), as narrativas são organizações de significados. Quando estes significados são considerados patogénicos, estão organizados em *auto-narrativas problemáticas*, que podem potenciar um sofrimento psicológico. Assim, a mudança deve promover a rescrição de narrativas da história pessoal, com vista à diminuição deste sofrimento, transformando significados considerados patogénicos, em novos significados mais adaptativos (Gonçalves & Silva, 2014).

Na perspetiva de Lynch, Chapman, e Rosenthal (2006), a mudança deve ocorrer ao nível do sistema de autorregulação emocional. Assim, existirá uma alteração da tendência de resposta, que está ligada à emoção, poder-se-á alterar a avaliação emocional e cognitiva. Com base na Teoria Biosocial, vinculada às perturbações *Borderline*, na DBT (*Dialectical Behavior Therapy*), muitos dos mecanismos de mudança podem ser verificados no processo de redução de tendências de ação não efetivas, ligadas à desregulação emocional.

De acordo com as teorias da mudança na psicoterapia orientada para o *insight*, assume-se que as tendências de impulso e ação tornam-se conscientes e compreendidas a partir de um processo de simbolização. Estas são percebidas em termos de sensações

ou imagens, que podem ser colocadas em palavras e, de seguida, refletidas e integradas em visões, do *self* e dos outros, existentes, e ainda, dentro da história de vida.

Neste sentido, a presente investigação pretende que os cenários ativadores apresentados, que representam situações potencialmente perturbadoras numa valência universal, e que a sua descrição se poderá eventualmente comparar ao relato de memórias autobiográficas, promovam, em termos neurológicos, a ativação do sistema da amígdala e consequentemente a ativação emocional.

II. QUESTÕES E OBJECTIVOS DE INVESTIGAÇÃO

O presente estudo, de uma forma geral, pretende contribuir para o avanço quer conceptual quer metodológico acerca do estudo relativo a mecanismos de mudança. De acordo com a revisão de literatura apresentada, compreende-se que este ainda é um termo ambíguo, que tentamos aqui compreender a partir de uma investigação de carácter qualitativo e exploratório que se foca na vida dos pacientes fora da terapia. Desta forma, a questão que sustenta esta investigação é, *De que forma, através da análise de reações a situações quotidianas, nos podemos inteirar das competências e capacidades adquiridas, durante a terapia, que auxiliam na gestão dessas mesmas situações?*.

Os objetivos a que o presente estudo se propõe são os seguintes:

1. Compreender a relação entre a memória autobiográfica e a descrição das situações feita pelos participantes.
2. Explorar e inferir categorias de capacidades e competências adquiridas e/ou potenciadas, pelos pacientes, durante a terapia, relevantes na gestão de situações de ativação emocional.
3. Entender a capacidade de lidar com desafios do quotidiano antes e após o início da terapia.

III. METODOLOGIA

A presente investigação, tal como referido e justificado anteriormente, apresenta uma abordagem qualitativa, afastando-se assim dos estudos comuns relativamente a este tema, que assentam numa abordagem quantitativa.

Tem ainda um carácter exploratório uma vez que, pretende descrever e conceptualizar fenómenos a partir de dados recolhidos, e não de hipóteses teóricas prefixadas.

Associado a estas duas características do estudo pode-se então considerar que o mesmo pretende compreender a experiência subjetiva vivida por parte dos participantes com foco na descrição, interpretação, contexto e significados. Possibilitando ainda, a compreensão do detalhe do processo, no que diz respeito a quem, e como muda (Doss, 2004).

Na tentativa aproximação da realidade dos pacientes, e uma vez que não é viável realizar este estudo num contexto naturalista, e de forma continuada no tempo, são utilizados cenários ou vinhetas, com descrições de situações recorrentes do quotidiano, que podem ser relevantes para o *self* (Vítor, 2009).

Cenários são pequenas situações típicas na forma escrita, ou ilustrada, que pretendem eliciar respostas, que contêm percepções, opiniões, crenças e atitudes (Barter & Renold, 1999; Hughes & Huby, 2001).

É neste sentido, que tentamos que os cenários apresentados sejam os mais próximos da realidade possível, para que o indivíduo se identifique com os eventos e projete neles as suas experiências.

Muran e Segal (1992) e Muran, Segal e Samstag (1994), introduzem o conceito *self-scenarios*, uma medida idiográfica, que tem intenção de captar *self-schemas*, *esquemas disfuncionais*. Estes representam eventos de elevado distress para cada indivíduo, que evidenciam um padrão cognitivo, afetivo e comportamental recorrente do paciente.

Para que este conceito de Muran e Segal (1992) chegasse à investigação em psicoterapia, um constructo cognitivo já tinha sido alvo de atenção. *Esquema* é um conceito complexo e multidimensional, utilizado em diversas abordagens e com múltiplas definições (Vítor, 2009).

Greenberg e Safran (1987), introduzem o conceito de *esquema emocional*, que envolve um conjunto de princípios organizadores, construídos a partir do reportório de respostas inatas do indivíduo, e das suas experiências passadas. Estes esquemas interagem com a experiência atual, construindo a mesma.

Os esquemas são idiossincráticos, carregados de memórias emocionais, medos, expectativas e conhecimentos de experiências passadas. Contudo, não são baseados apenas em emoções, mas também um conjunto de afetos, cognições, motivações e ações, que providenciam um significado pessoal de si próprios e do mundo. Isto significa que a experiência pessoal não são réplicas internalizadas do mundo exterior, mas sim, uma experiência pessoal carregada emocionalmente (Greenberg & Paivio, 2003).

A um nível superior, o significado emocional dos eventos é construído automaticamente, a partir dos esquemas emocionais, que determinam a emoção consciente e as respostas cognitivas (Greenberg & Paivio, 2003).

Temos intenção de que os cenários utilizados ativem os esquemas dos participantes, na linguagem de Greenberg e Safran (1987), *esquemas emocionais*. Embora os cenários não apresentem características tão idiográficas quanto os *self-scenarios*, visto que, o conteúdo dos mesmos não advém de uma entrevista individual a cada participante.

A presente investigação segue as linhas de um estudo anterior relativo ao mesmo tema, mecanismos de mudança no quotidiano (Maia, 2014), quanto à forma de obtenção da amostra, instrumento utilizado e procedimento de recolha de dados.

1. Participantes e Caracterização da Amostra

A obtenção da amostra desta investigação seguiu um processo de amostragem não probabilístico, emergindo uma amostra de conveniência e *snowball*. Os participantes foram recrutados através do contacto, via e-mail, de terapeutas, e a partir da divulgação do estudo em redes sociais, fóruns na internet e em espaços onde se desenvolvem acompanhamentos terapêuticos.

Para a integrarem a amostra, os participantes deveriam de ter mais de 18 anos de idade e estarem, atualmente, a frequentar um processo terapêutico, independentemente da abordagem ou tempo de duração do mesmo.

A partir das questões sociodemográficas apresentadas no questionário é possível caracterizar a amostra (Quadro 1, Anexo B). A mesma tem uma dimensão de 12 participantes (N=12), que preenchem os critérios necessários para serem incluídos no estudo. Destes 10 são do sexo feminino e 2 do sexo masculino. As idades variam entre os 20 e os 50 anos, com uma média de 35,17 e um desvio padrão de 9,64.

Todos os participantes têm nacionalidade portuguesa e origem étnica caucasiana (n=12). A maioria está numa relação conjugal (n=8), e tem nível de escolaridade de Ensino Superior (n=10), não existindo nenhum participante com nível de escolaridade Ensino Básico.

Todos os participantes apresentam uma atividade profissional, todas elas diferenciadas, a maioria ligada a empresas e gestão (n=4), existindo 2 estudantes e 2 psicólogos.

Quanto à experiência em psicoterapia, a maioria teve apenas uma experiência (n=8), a atual. Dois participantes tiveram 2 experiências (n=2), e um igual número de participantes tiveram 3 ou 4 experiências (n=1). A duração das atuais sessões varia entre

os 2 meses e os 5 anos. No que concerne ao número estimado de sessões, este varia entre as 5 e as 217 sessões, sendo que a média é 84,9 e o desvio padrão 66,31. Um dos participantes não refere o número de sessões do atual acompanhamento, logo os dados estatísticos apresentados, para esta informação, são referentes apenas a 11 participantes.

A respeito da modalidade da terapia existe 6 participantes que refere frequentar a terapia semanal, 4 que frequentam quinzenalmente e apenas 2 têm uma modalidade mensal.

A maioria dos participantes não refere a abordagem terapêutica que frequenta (n=7), os restantes distribuem-se de forma igual por abordagens como cognitivo-comportamental, dinâmica, psicanalítica e integrativa.

No que concerne à análise de dados participaram 3 *Juízes* e um *Auditor*.

O grupo de juízes foi formado por 3 alunas de psicologia da Faculdade de Psicologia, com 22 anos, incluindo a estudante de mestrado que realizou a presente dissertação, e duas alunas do 4º ano do mesmo curso.

O auditor, professor na Faculdade de Psicologia e orientador da presente investigação, aditou os domínios, *core ideias* e a análise cruzada.

Dado que, o instrumento foi apresentado aos participantes através de uma plataforma online, não existiu a participação de um entrevistador.

2. Instrumento utilizado

O instrumento utilizado nesta investigação foi o *IACEP (Instrumento de Avaliação de Capacidades Estruturais de Processamento)* (Maia e Conceição, 2014), no qual que foram realizadas ligeiras alterações (Anexo B).

Este instrumento tem por base o questionário *TCQ (Teste de Capacidades do Quotidiano)* (Vítor, 2009), que tem como foco participantes que estejam no decorrer de um processo terapêutico, sendo assim, direcionado para população clínica.

O mesmo, é constituído por cenários que representam situações quotidianas, em que, potencialmente desenvolvem uma resposta de ativação ou desregulação emocional, ainda que, consistam em situações que levam a respostas idiossincráticas.

Estes acontecimentos são apresentados como cenários, que segundo a literatura sobre este tema, potenciam o envolvimento do participante na situação apresentada,

com vista à ativação esquemática e emocional, possibilitando assim uma avaliação mais próxima das capacidades e recursos reais do participante.

É no seguimento deste questionário que o *IACEP* (Maia e Conceição, 2014) é desenvolvido, com alterações que permitiram colmatar algumas limitações, metodológicas, do anterior.

O *IACEP*, promove uma abordagem mais experiencial, tendo como base a *Focagem*, (Gendlin, Beebe, & Cassens, 1968). Esta considera a experiência corporal associada ao significado atribuído a varias situações, e coloca também o foco na experiência emocional.

A focagem promove a separação, de cada um, das suas emoções e problemas, permitindo chegar a um significado (Ujhely, 1979), existindo um trabalho em que a atenção é dirigida para o interior. Assim, potencia que cada um vivencie as suas emoções de uma forma mais profunda, e possibilita a integração de emoções, pensamentos e sensações corporais.

Segundo Boswell (2015), os elementos estratégicos do método de focagem são idênticos aos da *Exposição Introceptiva (EI)*, inicialmente criada para tratar ataques de pânico, com o objetivo de extinguir associações problemáticas e o *distress*. A *EI* envolve pedir ao paciente para entender, indicar e experienciar totalmente as sensações internas desconfortáveis, e associar a estados emocionais.

No *IACEP*, a tarefa de focagem é promovida a partir das orientações que são dadas a cada participante para guiar as suas respostas, em que o contacto com o *self* e com a experiência emocional é facilitado através da evocação de imagens mentais, através dos cenários apresentados. As orientações dadas para reviverem os cenários ativadores foram construídas a partir dos seis passos da *Focagem* propostos por Gendlin et al. (1968). As questões de descrição e recordação da experiência e reflexão acerca da mudança, tiveram em conta a *Entrevista de Processos e Mecanismos de Mudança* (Conceição, 2013; Maia, 2014).

Para a presente investigação o questionário consta com vinte e um cenários, potencialmente geradores de ativação emocional, tendo sido acrescentados dois novos cenários ao *IACEP* de Maia (2014). Esta alteração visou equiparar o número de cenários que remetiam para situações potencialmente perturbadoras em contexto interpessoal/relacional, e de cenários associados a questões intrapsíquicas, potencialmente geradoras de ativação emocional.

Estes dois tipos de conteúdos existentes nos cenários foram importantes ter em conta, uma vez que o questionário se dirige a participantes que estão em terapia, em que as mudanças podem ocorrer não só na relação com os outros, mas também consigo próprios. De acordo com estudos realizados, no início da terapia os pacientes remetem-se mais para referências face aos outros, no decorrer da mesma, situações de autorreferência tornam-se mais frequentes (Gendlin et al., 1968).

Além disto, os novos cenários introduzidos tentaram introduzir situações possivelmente perturbadoras, características da vida quotidiana atual. O cenário 20 - *Sente-se sobrecarregado e não sabe para onde se virar*- tenta reproduzir estilo de vida atual, onde consideramos inerente a dificuldade de cada um fazer face às características do estilo de vida.

Contudo, o instrumento apresenta o mesmo intuito que Maia (2014) referiu, a recolha das perceções dos pacientes acerca dos processos, da sessão, facilitadores de mudanças, e como estas se manifestam fora das sessões, nas suas vidas quotidianas.

3. Procedimento de Recolha de Dados

Os dados para este estudo seguiram o mesmo protocolo que o realizado por Maia (2014). O instrumento foi apresentado aos participantes por meio da plataforma online de recolha de dados, *Qualtrics®*, que garante a confidencialidade, o anonimato e a proteção da informação concedida pelos participantes (anexo A).

Primeiramente, era apresentado aos participantes o consentimento informado, com o qual deveriam concordar de forma a prosseguirem o preenchimento do questionário. A primeira parte do mesmo, consistia na resposta a questões relativas a dados demográficos, que incluía, sexo, idade, situação conjugal, origem étnica, nível de escolaridade, ocupação profissional, experiência de terapia e características da terapia atual (início, número estimado de sessões, modalidade e abordagem terapêutica).

Após a leitura das instruções, era pedido aos participantes, que entre um total de 21 cenários suscetíveis de gerarem ativação emocional, atendendo à experiência passada das últimas duas semanas, selecionassem até 7 cenários que considerassem mais prováveis de mexer consigo. Os cenários eram colocados numa caixa, onde se pedia para que os organizassem hierarquicamente, tomando especial atenção às duas primeiras escolhas.

Seguidamente, era pedido que tomassem em consideração o primeiro cenário, relativamente ao qual respondiam a 2 questões, o nível de ativação emocional face à situação apresentada, no passado e no presente. Esta escala de atribuição do nível de ativação emocional era de 0 a 10. De seguida, foram apresentadas instruções de focagem e ativação emocional, permitindo ao participante reviver a situação apresentada no cenário, avaliando, de 0 a 10, o nível de ativação emocional do momento.

Posteriormente, foram apresentadas 2 questões de resposta aberta, acerca do mesmo cenário, onde se pedia que o participante permanecesse a reviver e recordar a situação. Mantendo um nível de ativação emocional o mais próximo daquele que percecionou durante a vivência da mesma. A partir disto, o participante era convidado a descrever, o mais pormenorizadamente possível, a situação.

A segunda questão, sugere que o participante reflita sobre a forma como está diferente na forma como lida com a situação.

Ambas as questões apresentam pistas, de forma a guiar e auxiliar no desenvolvimento das respostas (exemplo: *Qual o tema, os intervenientes, o local, e a data aproximados em que ocorre? Que reações fisiológicas ou sensações lhe surgem? Que emoções o envolvem? Que ideias ou pensamentos lhe passam pela cabeça? O que é que tem vontade de fazer e como age? Caso relevante na situação, como é que os outros reagem ao seu comportamento e como é que se comportam?*).

Numa primeira fase de recolha de dados, era pedido aos pacientes que respondessem às mesmas questões, relativamente ao cenário 2, embora fosse dada a opção de terminarem o questionário após as questões acerca do cenário 1. Esta opção era dada aos participantes atendendo à exigência emocional inerente às tarefas que eram pedidas, bem como, a atenção e concentração necessárias à mesma.

Contudo, tendo em conta o reduzido número de sujeitos a participar, e a inexistência de respostas face ao cenário 2, considerou-se a simplificação do instrumento. Assim, o consentimento informado foi reduzido e as questões acerca do cenário 2 foram retiradas, sendo o questionário apresentado com uma duração de 20 a 30 minutos.

4. Procedimento de Análise de Dados

Na presente investigação procedeu-se a uma *Análise Consensual* dos dados (*CQR - Consensual Qualitative Research*) (Hill, Thompson, & Williams, 1997; Hill, Knox & Thompson, 2005; Hill, 2012). Esta análise tem inspiração em alguns elementos do processo de análise fenomenológica, *grounded theory* e compreensiva.

Este procedimento toma especial ênfase no processo de consenso existente entre os juízes participantes, que através de palavras dão um significado aos dados recolhidos.

Os componente essenciais da *CQR* são, (1) as questões abertas; (2) vários julgamentos face aos dados, sob diferentes perspetivas; (3) consenso em relação ao significado dos dados; (4) participação de um auditor; e (5) abstração de *Domínios*, *Core Ideas*, e realização de uma *Análise Cruzada* (Hill et al., 2005).

A escolha deste procedimento deve-se ao facto de o mesmo permitir abstrair significados acerca da informação recolhida. Além disto, uma vez que, é realizada por vários indivíduos poderá ser menos suscetível a interpretações subjetivas ou vieses, ainda que estes últimos estejam inerentes a qualquer análise de dados. A existência de um auditor, externo ao grupo de juízes, que verifica o trabalho da primeira equipa de juízes, minimiza os efeitos do pensamento de grupo.

Esta análise não requer uma amostra com elevado número de participantes, sugerindo-se 8 a 14 casos de estudo (Hill et al., 2005; Hill, 2012).

Numa **primeira fase**, foi necessário, de entre o total dos participantes da investigação, assegurar os que completavam todos os critérios para a participação na mesma (N=12), ainda que estes fossem dados a conhecer aos participantes antes do preenchimento do instrumento.

As **fases seguintes** consistem em passos mais específicos da *CQR* (Hill, 2012).

1. Treinos dos juízes

Os juízes integrados na equipa estudaram os contributos de Hill (1997;2005; 2012), e alguns estudos que utilizaram este procedimento de análise, como Coutinho, Ribeiro & Hill (2011).

2. Preparação dos dados

O instrumento foi disponibilizado numa plataforma online, *Qualtrics®*, onde os participantes davam as suas respostas.

3. Codificação de domínios

Os domínios são significados e tópicos de áreas examinadas nas respostas, que agrupam os dados, que neste caso, emergiram diretamente dos dados obtidos.

Os juízes, individualmente, desenvolveram os domínios. Estes foram discutidos e encontrado um consenso acerca dos mesmos. A ordem de exposição dos domínios identificados por cada juiz foi rotativa.

4. Abstração de Ideias Centrais

As *core ideas* foram criadas em conjunto, em que, de forma rotativa, cada elemento da equipa tentava sumarizar os blocos dos domínios. Enquanto isso, os restantes tentavam completar esses resumos, de forma a chegar a um consenso.

As *core ideas* tentam capturar o conteúdo da entrevista de forma sucinta, fundamentada na mesma, e sem realizar interpretações acerca da intenção do participante.

5. Auditamento das ideias centrais

A versão consensual foi auditada pelo auditor externo.

6. Análise Cruzada

A equipa tentou encontrar temas comuns dentro de cada domínio, agrupando *core ideas* e identificando elementos comuns entre os casos (Quadro 2 e 3, Anexo C).

Posteriormente as *core ideas* foram inseridas nas categorias, sendo depois possível entender a frequência de cada domínio, com base no número de participantes que têm *core ideas* dentro de cada categoria.

7. Auditamento da Análise Cruzada

O auditor externo auditou a análise cruzada e de acordo com as suas sugestões, a equipa, em consenso, alterou a análise realizada.

IV - ANÁLISE DE RESULTADOS

Descrição dos Resultados

Cenários ativadores e nível de ativação emocional

De acordo com o Quadro 4 (Anexo D), podemos verificar que o cenário mais vezes selecionado pelos participantes foi *Não recebe apoio de alguém de quem esperava recebê-lo* (9 referências), de seguida *É acusado de não ter feito algo que esperavam de si* (7 referências), *Sente-se sobrecarregado e não sabe para onde se virar* (6 referências), *Fica de fora num momento em que esperava ser incluído* (6 referências), *Não expressam entusiasmo em estar consigo* (4 referências), *Alguém desvaloriza a sua dor* (4 referências), *É o principal responsável num projeto importante* (4 referências), *Tem um prazo para cumprir e falha-o* (4 referências), *Queria ter feito algo que acabou por não fazer* (4 referências), *Alguém passa a desconsidera-lo de um momento para o outro* (4 referências), *Alguém próximo afasta-se de si* (3 referências), *Alguém se zanga consigo sem explicar porquê* (3 referências), *Alguém não honra um compromisso estabelecido consigo* (3 referências), *Não demonstram interesse na sua opinião* (3 referências). Os restantes cenários ativadores foram referenciados 1 ou 2 vezes, e apenas o cenário 9 e 19 nunca foram selecionados.

Destes cenários ativadores, aqueles que mais vezes foram selecionados em primeiro lugar pelos participantes, isto é, com mais probabilidade de mexerem com o participante, foi *Sente-se sobrecarregado e não sabe para onde se virar* (4 referências), *Não recebe apoio de alguém de quem esperava recebê-lo* (3 referências), *Alguém passa a desconsidera-lo de um momento para o outro* (2 referências), *É o principal responsável num projeto importante* (1 referência), *É acusado de não ter feito algo que esperavam de si* (1 referência), *Queria ter feito algo que acabou por não fazer* (1 referência). No Quadro 5, do Anexo E, pode verificar-se ordem de escolha dos cenários de cada participante.

Verifica-se então que a maioria dos cenários que apresentam mais referências remetem para situações interpessoais, situações em há uma desconsideração dos sentimentos ou necessidades, por parte do outro, ou uma rutura na relação. Contudo, existiram 3 cenários de situações intrapessoais que foram selecionados, associados à exigência e pressão inerente à realização de uma, ou várias tarefas.

Nos cenários com mais referências, como cenário potencialmente mais ativador, isto é, escolhido em primeiro, encontra-se uma situação intrapessoal. Em segundo lugar, por ordem de número de referências, está uma situação interpessoal.

Quanto ao nível de ativação emocional, a partir do Quadro 6 (Anexo F) observa-se que a média antes do início da terapia é 9, sendo que, varia entre 8 e 10. A média do nível de ativação emocional na situação concreta é 5,8, com uma amplitude de 8 níveis, sendo o valor mínimo atribuído 1 e o máximo 9. Durante a tarefa de focagem a ativação emocional varia entre 9 e 1, e tem a média de 5,33.

Verifica-se, que 4 dos participantes mantêm o nível de ativação emocional em pelo menos 2 dos cenários e que, o participante 5 é aquele que apresenta uma maior discrepância entre o nível atribuído antes da terapia (10) e o nível da situação concreta e da tarefa de focagem, ambos classificados com nível 1.

Quanto à diferença de valores atribuídos antes do início da terapia e a situação concreta verifica-se uma média de 3,5, sendo que, os valores da diferença variam entre os 0 e 9 níveis. Constata-se ainda que, todos os participantes consideram ter diminuído o nível de ativação emocional entre antes do início da terapia e na situação concreta, exceto o participante 12.

A discrepância entre o nível de ativação na situação concreta e na tarefa de focagem, teve uma média de 1,33, verificando-se como valor máximo da diferença 4, e mínimo 0. Nos participantes 3, 9 e 12, ao contrário dos restantes, verifica-se um aumento do nível de ativação emocional na tarefa de focagem, em comparação com o nível atribuído na situação concreta.

Análise dos Domínios das descrições dos cenários

A partir da questão da descrição dos cenários (questão 2) emergiram 7 domínios (Esquema 1), isto é, tópicos de áreas referidas pelos participantes: *Precipitantes da ativação emocional*; *Experiência da situação perturbadora*; *Estratégias de resolução*; *Explicação da ativação emocional*; *Apoio Social*; *Projeção das dificuldades no futuro*; e *Mudança desejada*.

O domínio dos *Precipitantes da ativação emocional* refere-se àquilo que os participantes relatam como o desencadeador de uma situação emocionalmente perturbadora. Envolvendo o contexto em que a situação ocorreu, bem como, os intervenientes da mesma. A *Experiência da situação perturbadora*, retrata a forma como o participante vivenciou a situação, ou seja reações emocionais, cognitivas e fisiológicas, de si mesmo. As *Estratégias de resolução*, envolve os movimentos que o participante fez para resolver a situação que estava a viver, ou apaziguar a ativação emocional, despoletada pela situação. A *Explicação da ativação emocional* representa as razões que os participantes dão para que, a situação concreta relatada, tenha promovido a ativação emocional. O *Apoio Social* remete para a participação de outros como auxílio ao participante, face à situação. Na *Projeção das dificuldades no futuro* inseriram-se descrições de como os participantes vêm as dificuldades, associadas à situação concreta, no futuro, considerando que as mesmas se prolongarão, de forma mais ou menos idêntica à do presente. A *Mudança desejada* refere-se ao que os participantes desejam, ainda alterar, no seu funcionamento e na forma como lidam com situações idênticas à descrita.

Esquema 1.

Domínios emergentes das descrições das situações concretas

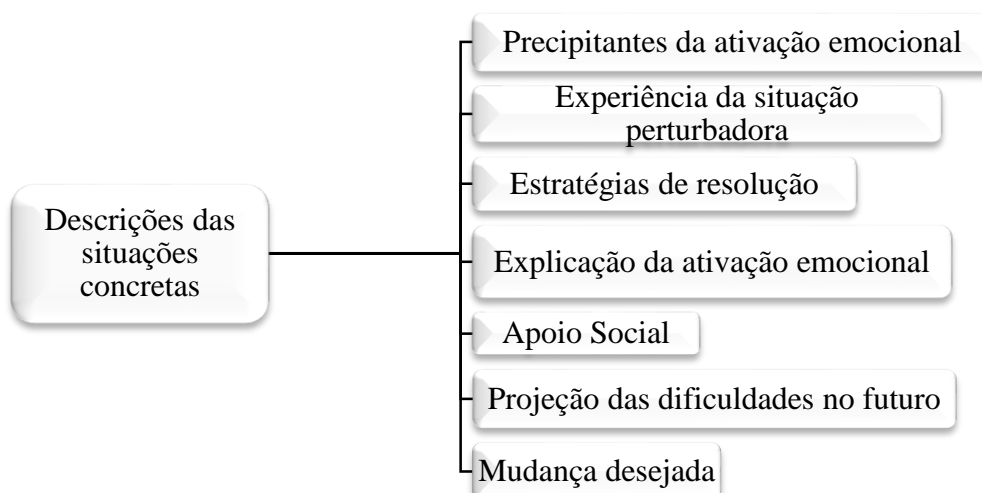
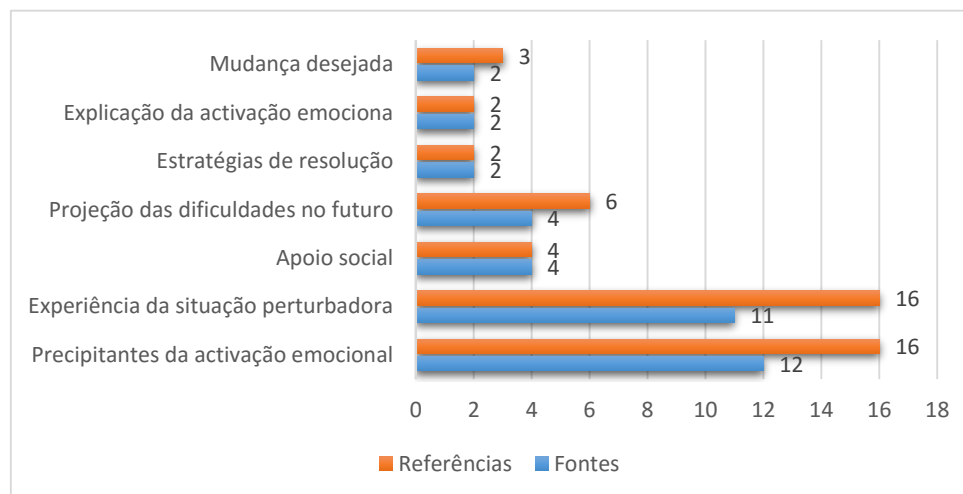


Gráfico 1.

Valor de Referências e Fontes dos domínios emergentes da descrição das situações concretas



Análise das Categorias e Subcategorias das descrições dos cenários

Na descrição das situações perturbadoras, no domínio dos *Precipitantes da ativação emocional*, foram encontradas duas categorias principais: **Exigências e responsabilidades** e **Ação do outro**, e cinco subcategorias: Exigência da tarefa; Pressão externa; Pressão interna e Confronto.

1. Exigências e responsabilidades

Esta categoria faz referência a tarefas dos participantes, ou responsabilidades do quotidiano.

1.1 Exigências da tarefa – quando a tarefa que o participante tem de realizar exige muito trabalho, tempo ou concentração por parte do mesmo, deixando-o desorientado ou sobrecarregado.

Exemplos de *core ideas*:

- P refere ter pouco tempo, não ser remunerado por um trabalho que não é da sua competência, assim como, gerir e orientar pessoas nesse trabalho.

- P sente demasiadas tarefas a seu cargo, vindas da área profissional, pessoal e académica, ficando desorientado e sem saber que rumo tomar.

1.2 Pressão externa – remete para situações em que outros intervenientes colocam exigências ou questões acerca de tarefa, deixando o participante em tensão face à sua responsabilidade.

Exemplos de *core ideas*:

- Questionada sobre um trabalho que a P deveria ter feito, verifica que este não foi realizado, o que é reconhecido pela chefe como uma falha grave.
- P refere estar no trabalho a fazer uma tarefa que requer concentração, desempenhando a função de coordenação do gabinete. A sua chefe, procura inteirar-se, do ponto de situação dos trabalhos, fazendo perguntas de tarefas já realizada. A P esforça-se para responder às, porque muitas delas incidem sobre trabalhos menores que não são da sua responsabilidade ou já foram realizados e já esqueceu.

1.3 Pressão interna – quando a forma como o próprio participante perceciona uma determinada tarefa, ou responsabilidade, lhe cria tensão e preocupação face à mesma.

Exemplos de *core ideas*:

- A P menciona a obsessão constante na preparação de aulas, na resolução de exercícios, antecipação de todos os cenários possíveis, e a possibilidade de não conseguir concluir tudo a que se propõe.
- A P refere que todos os dias após o trabalho é uma loucura, referindo múltiplas tarefas (jantar, tratar da roupa, dos filhos, tpc's destes), em que o marido não está presente e se repetem diariamente.

2. Ação do outro

Esta categoria inclui descrições em que outro interveniente tem determinada atitude para com o participante, sendo essa atitude responsável pela ativação emocional.

Exemplos de *core ideas*:

- A P refere a desconsideração da mãe para consigo.
- O marido da P deixa de falar com ela durante uma semana, ao final da qual lhe escreve um mail a dizer que não quer receber os seus amigos e que se ela quiser, ele próprio envia um mail a cancelar o jantar.

2.1 Confronto – esta subcategoria refere-se quando a situação ativadora tem a ver com um conflito relacional, potenciando a ativação emocional.

Exemplos de *core ideas*:

- A P menciona uma discussão, unilateral em frente a colegas, no trabalho, devido a críticas injustas do meu chefe.

No domínio *Experiência da situação perturbadora*, foi consensual a existência de duas categorias: **Relato da ativação emocional** e **Expressão da ativação somática**, e uma subcategoria: Utilização de metáforas.

1. Relato da ativação emocional

Esta categoria refere-se às emoções reconhecidas pelo participante na situação concreta descrita.

Exemplo de *core ideas*:

- P sente-se humilhada.
- P sente-se muito ansiosa, impaciente, com vontade de gritar, chorar e desaparecer, respirar e não fazer nada por um dia.

1.1 Utilização de metáforas – esta subcategoria representa quando o participante relata a sua ativação emocional através de metáforas.

Exemplo de *core ideas*:

- A P sente-se mal e num “buraco” de onde não consegue sair.

- P sente um murro no estômago e fica estupefacta com a situação.

2. Expressão da ativação somática

Nesta categoria estão os relatos das respostas e sensações corporais dos participantes face à situação concreta descrita pelos mesmos.

Exemplo de *core ideas*:

- P descreve como sensações corporais - o coração a bater rapidamente, os músculos faciais e a língua a contraírem e engasga-se facilmente.
- A P descreve relatos sintomáticos associados, tal como acentuação dos sintomas to colon irritável, aumento da ansiedade e por vezes faringites/laringites.

No domínio das *Estratégias de resolução* foram encontradas duas categorias:

Discurso interno e Procura de ajuda.

1. Discurso interno

Esta categoria remete para quando os participantes referem ter um diálogo consigo próprios, como forma de se tranquilizarem face à situação descrita.

Exemplos de *core ideas*:

- A P repete para si que ninguém tem culpa, é o dia a dia.

2. Procura de ajuda

A procura de ajuda como estratégia de resolução é quando o participante recorre a outra pessoa como forma de auxílio face à situação.

Exemplos de *core ideas*:

- A P pede ajuda à psicoterapeuta para responder ao marido. Menciona que compreende que o deveria ter consultado, embora não justifique a reação dele e que sabe que ele tem preocupações na sua vida que ela está disponível para o apoiar e conversar.

No domínio da *Explicação da ativação emocional* emergiu, em consenso uma categoria: **Desamparo**.

1. Desamparo

Quando o participante justifica sua ativação emocional com o facto de se sentir sozinho e não ter apoio familiar suficiente.

Exemplos de *core ideas*:

- A P sente-se sozinha em termos familiares, sem uma base de confiança e segurança, sente continuamente que não é valorizada, aceite e validada o suficiente pelo pai, sem exigências adicionais.

No domínio do *Apoio Social* foram encontradas duas categorias: **Amparo e Proteção.**

1. Amparo

Quando os participantes referem que outros intervieram de forma a dar algum conforto e ajudar a apaziguar as sensações desagradáveis associada à situação.

Exemplos de *core ideas*:

- O marido da P diz que ela tem de parar, o amigo tem paciência a vida é assim é uma fase.

2. Proteção

O apoio dos outros é dado a partir da proteção do comportamento ou posição do participante face à situação.

Exemplos de *core ideas*:

- As enteadas da P dizem ao pai que ele está a ser injusto e que a P o apoia quando ele recebe os seus amigos. Ambas a apoiam.

No domínio das *Projeção das dificuldades no futuro* emergiram duas categorias **Sentimento de Incompetência e Sentimento de Impotência.**

1. Sentimento de Incompetência

Esta categoria faz referência a partilhas do participante em que se sente incapaz, por falta de competência, em lidar com determinado tipo de situações, como a descrita.

Exemplos de *core ideas*:

- P receia que por ser líder e mostrar desmotivação, toda a equipa desmotive.

2. Sentimento de Impotência

Esta categoria inclui quando os participantes referem não poderem fazer nada no futuro para que a situação se altere, sentindo-se ineficazes face à mesma.

Exemplos de *core ideas*:

- Neste momento P não tem vontade de nada, por saber que não consegue resolver a situação com o seu pai.
- P justifica que já tentou várias vezes, com abordagens diferentes e o pai continua o mesmo.

No domínio da *Mudança desejada* emergiram duas categorias: **Aceitação do outro** e **Aceitação pelo outro**.

1. Aceitação do outro.

Os participantes referem ter vontade de aceitar o outro como ele é de forma a que interações como o mesmo deixem de ser vividas com tanto sofrimento como no presente.

Exemplos de *core ideas*:

- P pondera fazer um trabalho interno de aceitar o pai como ele é e deixar para trás rancores do passado.

2. Aceitação pelo outro

Os participantes desejam expressar as suas vontades e opiniões sem que outros os julguem.

Exemplos de *core ideas*:

- P tem vontade de dizer o que sente sem ser julgada pelos outros.

Análise da representatividade dos temas

Quadro 7.

Descrição das situações concretas: Domínios, categorias e frequências

| Domínios/Categorias | Nº | Frequência |
|--------------------------------------------|-----------|-------------------|
| <u>Precipitantes da Ativação Emocional</u> | | |
| 1. Exigências e Responsabilidades | 7 | Típico |
| a. Exigência da Tarefa | | |
| b. Pressão externa | | |
| c. Pressão interna | | |
| 2. Ação do outro | 6 | Variante |
| a. Confronto | | |
| <u>Experiência da Situação</u> | | |
| 1. Expressão da Ativação Emocional | 10 | Típico |
| a. Utilização de Metáforas | | |
| 2. Relato de Ativação Somática | 4 | Variante |
| <u>Estratégias de Resolução</u> | | |
| 1. Discurso Interno | 1 | |
| 2. Procura de Ajuda | 1 | |
| <u>Explicação da Ativação Emocional</u> | | |
| 1. Desamparo | 2 | Variante |
| <u>Apoio Social</u> | | |
| 1. Amparo | 3 | Variante |
| 2. Proteção | 1 | |
| <u>Projeção das dificuldades no Futuro</u> | | |
| 1. Impotência | 3 | Variante |
| 2. Sentimento de Incapacidade | 1 | |
| <u>Mudança Desejada</u> | | |
| 1. Aceitação do outro | 1 | |
| 2. Aceitação por parte do outro | 1 | |

Nota. Números são utilizados para indicar categorias e letras subcategorias. O sublinhado indica os domínios.

A partir da análise do Quadro 7 verifica-se que a categoria que inclui dados de um maior número de participantes (10), é a da **Expressão da Ativação Emocional**, dentro do domínio da *Experiência da situação*, pelo que é classificada como Típica. Outra categoria que tem a mesma classificação, no domínio dos *Precipitantes da ativação emocional*, a categoria **Exigências e Responsabilidades**, que tem dados de 7 participantes.

As duas categorias seguintes com maior número de dados de participantes, são classificadas como Variantes, pois o número de participantes que nelas se incluem está entre os 2 e metade da totalidade da amostra ($n/2 = 6$). Estas são a categoria **Ação do outro** (6) no domínio dos *Precipitantes da ativação emocional* e **Relato de Ativação Somática** (4), no domínio da *Experiência da situação*.

Desta análise, e dos restantes resultados do Quadro 8 (Anexo G) pode-se compreender que os temas dos domínios *Precipitantes da ativação emocional* e *Experiência da situação* foram referidos por todos os participantes, e por todos menos um, respetivamente. Quanto ao resto da informação partilhada pelos participantes na questão, esta distribui-se pelas restantes categorias.

Análise dos Domínios das Potenciais Mudanças

Na questão acerca das potenciais mudanças sentidas emergiram, em consenso, 4 domínios (Esquema 2), *Percepção da mudança e Crescimento Pessoal*; *Dificuldades persistentes*; e *Mudança desejada*.

No domínio *Percepção da mudança e Crescimento Pessoal* inserem-se todas as descrições dos participantes acerca de como se sentem diferentes, ou que sentem que adquiriram, nomeadamente capacidades e estratégias. O nome da categoria advém de todas as subcategorias que a compõe terem o foco no próprio participante, sendo relatado por muitos deles que essas conquistas levaram ao “crescimento” ou “maturidade”: “Agora sinto-me mais adulta e madura” (participante 2); “Existiram muitas mudanças que me fizeram crescer e foram marcantes” (participante 8). As *Dificuldades persistentes* representam aquilo que os participantes ainda sentem como um obstáculo ao seu funcionamento, em particular face a situações como à descrita por eles. O domínio da *Mudança desejada* descreve os objetivos futuros dos participantes, no que diz respeito à mudança, o que ainda desejam adquirir, ou alterar em si próprios.

Esquema 2.

Domínios emergentes das potenciais mudanças

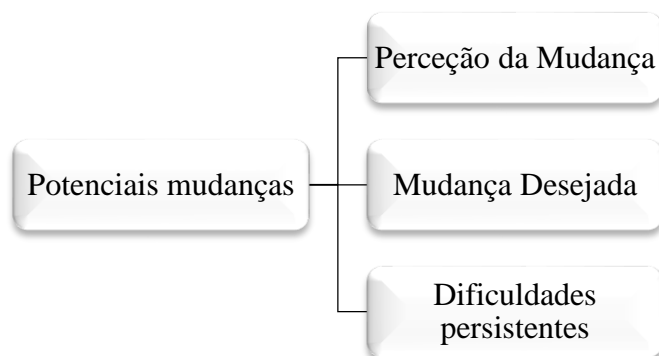
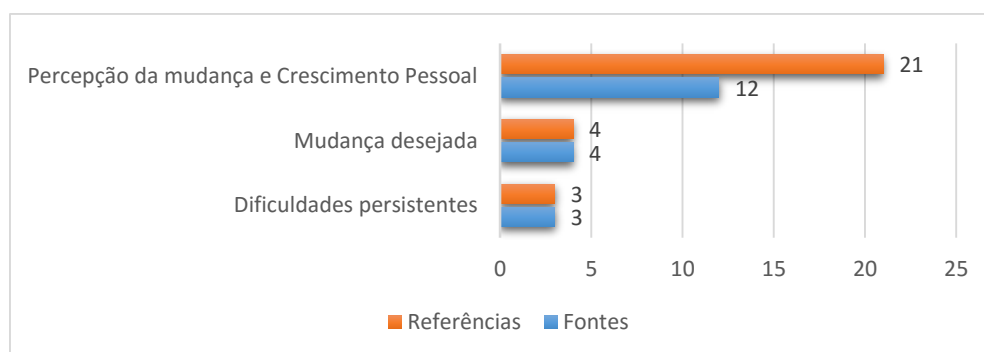


Gráfico 2.

Valor de Referências e Fontes dos domínios emergentes das potenciais mudanças



Análise das Categorias e Subcategorias das Potenciais Mudanças

No domínio da *Percepção da mudança e Crescimento Pessoal*, em consenso, emergiram três categorias: **Consciência do Self**, **Auto-Confiança** e **Utilização de Capacidades e Estratégias**, e quatro subcategorias Eficácia Interpessoal; Regulação emocional; e Compreensão da origem das dificuldades.

1. **Consciência do Self** – esta conquista refere-se à capacidade que o participante relata de compreender e reconhecer as suas necessidades, características pessoais, ou respostas emocionais.

Exemplos de *core ideas*:

- P refere que a tomada de consciência dos seus mecanismos emocionais ameniza o efeito dos mesmos, permitem-na demarcar e reconhecer a dimensão e densidade emocional do outro.

1.1 Compreensão da origem das dificuldades - Esta subcategoria inclui descrições em que o participante refere ter relacionado, à luz das suas experiências, situações que promoveram as dificuldades descritas por eles, compreendendo assim a origem das mesmas. Esta descoberta parece auxiliar os participantes a alterar o seu comportamento, pensamentos ou emoções.

Exemplos de *core ideas*:

- P sente que a sua dificuldade está relacionada com o seu feitio e com a educação que teve desde a infância.
- A P compreende que os mau-tratos e abusos emocionais pelo pai provocaram insegurança, auto-sabotagem, e necessidade de aprovação.

2. **Auto-Confiança** – esta categoria está associada à esperança que os participantes têm neles próprios, acreditando nas suas aquisições e capacidades.

Exemplos de *core ideas*:

- A P refere já não ter ataques de pânico, já não ter vontade de desaparecer sentindo-se mais equilibrada e acreditando mais em si e nas suas capacidades.

3. Utilização de Capacidades e Estratégias

Esta categoria remete para a aprendizagem ou transformação de capacidades ou estratégias, em terapia, que se revelam úteis para os participantes lidarem com a situação descrita por eles.

3.1 Eficácia Interpessoal – quando os participantes partilham que conseguem resolver dificuldades nas relações interpessoais por terem adquirido novas ferramentas para tal, como por exemplo competências de assertividade. Esta subcategoria remete para a forma como o participante reconhece ter alterado a sua capacidade para lidar com o outro.

Exemplos de *core ideas*:

- P considera que no passado não teria insistido em falar com o seu pai, ficaria amuada e em silêncio. Agora, ainda que não seja fácil, consegue demonstrar e comunicar a sua insatisfação e pensamentos de uma forma não agressiva nem infantil.

3.2 Regulação-emocional – quando no passado os participantes referem ter comportamentos em sequência de um estado emocional, e que no presente, conseguem alterar e agir de forma diferente. Demonstram uma maior capacidade de reflexão e antecipação dos seus comportamentos, bem como, moderar a intensidade emocional.

Exemplos de *core ideas*:

- Antes, a P tinha problemas de ansiedade, por exemplo, comia imenso quando se sentia ansiosa.
- P descreve que no passado teria ficado mais ansiosa, desesperada, reativa e teria desmarcado o jantar. Teria sido incapaz de estar mais de 1 semana sem falar com o marido e teria provocado uma discussão. Agora, embora se sinta muito triste, não se sente ansiosa nem desesperada, tentando resolver os problemas,

compreendendo melhor as razões das atitudes do marido.
Deixando de viver em função dele.

No que concerne ao domínio das *Dificuldades Persistentes*, em consenso, emergiu uma categoria: **Inalteração emocional**.

1. Inalteração emocional

Os participantes embora reconheçam algumas mudanças consideram que ainda existem dificuldades patentes em lidar com situações como à descrita. De uma forma geral, consideram sentir-se da mesma forma face à situação.

Exemplos de *core ideas*:

- P refere não sentir muitas mudanças neste cenário, é algo que ainda mexe muito consigo, continua a tentar a recuperar a amizade que tinham, que apesar de sentir que será difícil é o seu desejo.
- P sente que não há grande diferença entre o que sentiu no momento e agora, no presente.

No domínio da *Mudança desejada*, foram encontradas duas categorias: **Auto-aceitação** e **Auto-confiança**.

1. Auto-aceitação

Esta categoria remete para a vontade que os participantes transmitem em aceitarem as suas características e necessidades.

Exemplos de *core ideas*:

- A P deseja ser pessoa ainda mais confiante e assertiva, com menos medos e completa, sentindo-se suficiente para si mesma, apesar de reconhecer a inevitabilidade de alguma insegurança. Espera conseguir dar o melhor de si, aceitando melhor quem é, ultrapassando o medo de conduzir e sentir que confia nos outros e que eles a podem amar como é.

2. Auto-confiança

Remete para a vontade manifesta de alguns participantes em sentirem-se capazes de superar determinados desafios, ou independentes das ideias e concepções dos outros, acerca de si próprio.

Exemplos de *core ideas*:

- A P desejava ser mais autónoma (ex: fazer um programa com as crianças).
- A mudança que a P desejaria alcançar seria ser independente do reconhecimento externo, crescer, e desenvolver a maturidade.

Análise da representatividade dos temas

Quadro 9.

Potenciais Mudanças: Domínios, categorias e frequências

| Domínios/ Categorias | Nº | Frequência |
|--------------------------------------------------|----|------------|
| <u>Perceção da Mudança e Crescimento Pessoal</u> | | |
| 1. Consciência do self | 7 | Típico |
| a. Compreensão da origem das dificuldades | | |
| 2. Auto-confiança | 2 | Variante |
| 3. Utilização de Capacidades e Estratégias | 8 | Típico |
| a. Eficácia Interpessoal | | |
| b. Regulação emocional | | |
| <u>Dificuldades Persistentes</u> | | |
| 1. Inalteração emocional | 3 | Variante |
| <u>Mudança Desejada</u> | | |
| 1. Auto-aceitação | 2 | Variante |
| 2. Auto-confiança | 3 | Variante |

Nota. Números são utilizados para indicar categorias e letras subcategorias. O sublinhado indica os domínios.

A partir da análise do Quadro 9, verifica-se que as categorias que incluem dados de um maior número de participantes, são *Utilização de capacidades e Estratégias* (8) e *Consciência do Self* (7), ambas no domínio *Perceção da Mudança e Crescimento Pessoal*. Tendo em conta o número de participantes que nelas se inserem, segundo Hill (2012), são classificadas como categorias Típicas.

Segundo Hill (2012), atribui-se a classificação de Variante a categorias com dados de, entre 2 e metade ($n/2 = 6$) dos participantes. Seguindo este critério, as categorias *Auto-confiança* do domínio *Perceção da Mudança e Crescimento Pessoal* e *Mudança desejada* (incluem 2 e 3 participantes, respetivamente) são classificadas como

variantes. Também à categoria *Auto-Aceitação*, deste último domínio, se atribui a classificação de Variante, uma vez que inclui 2 participantes. O mesmo se verifica com a categoria *Inalteração emocional*, no domínio *Dificuldades Persistentes*, que inclui 3 participantes e, portanto, é classificada como Variante.

A partir da análise do Quadro 10 (AnexoH), verifica-se que nenhuma das categorias inclui todos os participantes.

V. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A presente investigação tem o intuito de dar um contributo para o estudo na área dos mecanismos de mudança, explorando as capacidades e competências, pela voz de pacientes em psicoterapia, a partir de situações da sua vida quotidiana. Como já referido anteriormente, estas são mudanças intermédias, que tendem a ser generalizadas para o contexto da vida quotidiana, podendo ser estudadas com o foco das mudanças em ação fora do contexto das sessões terapêuticas (Doss, 2004).

Esta discussão, irá incidir sobre os três objetivos propostos para esta investigação. Contudo, alguns aspetos encontrados apoiam conclusões de estudos anteriores, a eficácia da tarefa de focagem na ativação emocional, na facilitação da recordação e no reviver imagético de situações (Maia, 2014).

A média de ativação emocional na situação concreta, descrita pelos participantes é superior à média da ativação emocional na tarefa de focagem (5,8 e 5,33, respetivamente). No entanto, 3 participantes (3, 9 e 11) atribuem um nível de ativação emocional superior na tarefa de focagem, do que na situação concreta.

A partir da análise das descrições das situações concretas, constatou-se que o domínio com mais referências é a *Experiência da Situação*, e dentro deste a categoria *Expressão da Ativação Emocional*, uma categoria Típica. Significa que, a tarefa de focagem, a maioria dos participantes remete para as emoções vividas na situação. Alguns participantes referem ainda sensações corporais sentidas, categoria *Relato de Ativação Somática*. Esta metodologia parece assim proteger a possibilidade de recolha de dados mais ricos de uma forma experiencial.

Quer a diferença encontrada entre os dois momentos de avaliação de ativação emocional, quer as categorias que emergiram da análise, podem estar associadas à tarefa de focagem. A tarefa considera a experiência corporal associada ao significado atribuído a várias situações, também com o foco na experiência emocional.

Reproduzimos a experiência atual segundo o nosso reportório de respostas inatas e experiências passadas, construindo *esquemas emocionais*, na linguagem de Greenberg e Safran (1987). Os esquemas influenciam a experiência comportamental e constroem automaticamente o significado emocional dos eventos.

Os cenários tentam assemelhar-se a experiências de vida significativas/perturbadoras, ativando os *esquemas emocionais* e promovendo ativação emocional.

Quando confrontados com um estímulo que leve à ativação esquemática, as emoções e sensações corporais são ativadas pelo sistema da amígdala. Sendo estas mais rapidamente ativadas que as cognições (Young et al, 2003). O que apoia os resultados, a maioria dos participantes refere emoções ou sensações corporais, em detrimento das cognições associadas.

Mesmo que os cenários não remetam para a situação específica de cada participante, tendo um caráter mais nomotético, tal parece não ser relevante para desencadear a ativação emocional. O sistema da amígdala, desencadeia, de forma automática, respostas emocionais e corporais, mesmo quando o estímulo não é exatamente igual ao original, possibilitando a recolha de dados idiográficos.

Ainda referente aos níveis de ativação emocional atribuídos pelos pacientes, antes da terapia, e no presente, verifica-se uma maior amplitude desta diferença no presente estudo, comparando com Maia (2014). Como discutido na secção de análise, a média de ativação emocional antes da terapia é 9 e no presente a média é 5,8. Em 2014, a primeira média foi 8,16, e a segunda 6,64.

À semelhança do que Maia (2014) avançou, considero o número de sessões de terapia um fator a considerar nas discrepâncias entre estes dois momentos observados. Comparando os estudos, verifica-se que a média de sessões dos participantes em 2014 era 61,62, enquanto que agora a média foi de 84,9. Tal pode dar suporte à ideia de que, quanto maior o número de sessões, maior a discrepância entre o nível de ativação emocional atribuído antes da terapia, e no presente. Isto é, quanto mais sessões maior a probabilidade de as competências de regulação emocional serem superiores.

Verificou-se ainda a partir da análise dos cenários mais vezes selecionados pelos participantes, que dos três mais selecionados, os dois primeiros fazem referência a situações interpessoais, *Não recebe apoio de alguém de quem esperava recebê-lo*, e *É acusado de não ter feito algo que esperavam de si* (9 e 7 seleções, respetivamente). O terceiro cenário remete para uma situação intrapessoal, contudo, de entre os 21, foi o mais vezes selecionado pelos participantes em primeiro lugar (4), as outras duas vezes selecionado, foi em segundo, na hierarquia dos participantes.

Este último cenário foi introduzido nas alterações feitas ao instrumento utilizado por Maia em 2014. Tal como equacionado quando foi incluído, o ritmo e tarefas quotidianas dos dias de hoje são cada vez mais exigentes. Daquilo que conhecemos também da nossa experiência, podemos inferir que, atualmente, há menos

disponibilidade para promover e investir nas relações interpessoais, ao passo que, somos absorvidos por exigências externas.

Apoiando esta possibilidade surgem as categorias e subcategorias do domínio *Precipitantes da Ativação Emocional - Exigências e Responsabilidades* que inclui um maior número de participantes, neste domínio, sendo classificada como Típica. As subcategorias deste domínio fazem referência à *Exigência da Tarefa, Pressão externa e Pressão interna*.

Um aspeto curioso é que os dois cenários que não foram seleccionados por nenhum dos participantes (8. *Está sozinho há alguns dias e ninguém o contacta*; e 19. *Alguém lhe dá a entender que irá perder o seu afeto*), não obtiveram qualquer referência em nenhuma das investigações, 2014 e 2015. Poder-se-ão tratar de formulações menos claras, ou menos prováveis.

1. Compreender a relação entre a memória autobiográfica e a descrição das situações feita pelos participantes

A partir da descrição dos participantes das situações perturbadoras recentes, que motivaram a escolha do cenário que colocaram em primeiro lugar, emergiram sete domínios – *Precipitantes da Ativação Emocional; Experiência da situação perturbadora; Estratégias de resolução; Explicação da ativação emocional; Apoio Social; Projeção das dificuldades no futuro; e Mudança desejada*.

Um dos domínios mais vezes referenciados foi o domínio *Precipitantes da Ativação Emocional*. As referências nele incluídas foram os primeiros aspetos mencionados pelos participantes nas respostas, apoiando Habermas (2015). O autor refere que comunicar eventos é uma das funções das narrativas e quando estas são iniciadas, na sua estrutura, o primeiro aspeto narrado dá informação sobre o contexto, *Quem, Onde e Quando*. Esta informação está contida no domínio referido, *Precipitantes da Ativação Emocional*.

Considera-se então que, a maioria dos participantes utiliza esta função da narrativa, e respeita a estrutura da mesma.

Quanto ao conteúdo deste domínio, verifica-se que a maioria dos participantes específica o contexto temporal e espacial da situação, e os intervenientes da situação – *“Há cerca de 2 semanas combinei um jantar de amigos do trabalho em minha*

casa e durante o jantar com a família (o meu marido, 2 enteadas e o meu sogro) conto que fiz essa combinação e como acho que vai ser divertido” (Participante 4).

Outros intervenientes apresentam-se com vários papéis nas descrições realizadas, não têm implicações na situação, estando apenas presentes. Na categoria *Ação do outro*, no domínio *Precipitantes da Ativação Emocional*, outros intervenientes são pessoas que os participantes consideram responsáveis pela situação. Alguns participantes referem a presença de outros como uma forma de auxílio na resolução do problema – categoria *Procura de Ajuda*, no domínio *Estratégia de resolução*, ou ainda como forma de apoio, domínio *Apoio Social*. Contudo, os participantes referem mais vezes a presença de outros quando apresentam o contexto, ou seja, no domínio *Precipitantes da Ativação Emocional*.

O domínio *Experiência da situação perturbadora*, que é outro dos domínios mais referenciados pelos participantes, remete para outra função das narrativas, a avaliação, que inclui emoções e cognições (*“Fiquei dececionada e revoltada, a pensar que o meu pai não se interessava ou achava irrelevante esta conquista minha”*, participante 8) (Habermas, 2015; Labov, 1997).

No que concerne à avaliação emocional, esta inclui-se na categoria *Expressão da Ativação Emocional*, que inclui o maior número de participantes (10). O facto de a evocação emocional ser inerente às narrativas e espontânea apoia este dado (Habermas, 2015). A expressão emocional é também um aspeto chave do significado pessoal das narrativas da memória autobiográfica (Greenberg & Angus, 2004). Além disto, a participação do sistema da amígdala, associado à memória emocional ativa as emoções e sensações corporais, o que pode justificar a categoria *Relato da Ativação Somática*.

Da análise de resultados emergiu uma subcategoria nomeada *Utilização de Metáforas*, dentro da categoria *Expressão da Ativação Emocional* - *“A P sente-se mal e num “buraco” de onde não consegue sair”* (participante 9); *“Agrava o meu sentimento de “bofetada emocional”* (participante 11). Segundo Habermas (2015), as metáforas são uma forma de expressão emocional.

A metáfora não é só uma forma de expressão emocional, é também uma ferramenta dada pelos terapeutas, de forma a traduzir processos emocionais complexos em linguagem mais acessível para os pacientes (Perren Godfrey &

Rowland, 2009), ou para tornar determinadas experiências mais claras, para lhes dar significado (Binder et al., 2009).

A partir da comparação dos domínios e categorias que emergiram, podemos entender que a descrição das situações pedidas aos participantes se assemelha muito àquilo que é o relato de uma memória autobiográfica. A semelhança verifica-se nos conteúdos abordados, na sequência, e na avaliação da mesma, que inclui emoções, cognições e sensações corporais.

A categoria *Utilização de Metáfora* demonstra que os participantes estão atualmente num processo de psicoterapia, podendo-se encontrar algumas conquistas. Não obstante, esta categoria pode ter emergido devido às características da amostra, à linguagem ou forma de expressão de alguns participantes.

O domínio *Explicação da Ativação Emocional e Mudança Desejada*, também podem ser indicadores de que os participantes estão num processo. No primeiro domínio está implícita alguma capacidade de auto-reflexão e consciência da sua história de vida. O segundo domínio remete para objetivos futuros dos participantes, o que poderá significar a restauração da motivação e esperança pela terapia e objetivos de trabalho da mesma.

2. Categorias de capacidades e competências adquiridas e/ou potenciadas, pelos pacientes, durante a terapia, relevantes na gestão de situações de ativação emocional

No que concerne ao que os participantes consideram ter mudado foram encontrados três domínios principais *Perceção da mudança e Crescimento Pessoal*; *Dificuldades persistentes*; e *Mudança desejada*.

Perceção da mudança e Crescimento Pessoal

Este domínio emerge a partir da questão colocada e das linhas orientadoras sugeridas. Além disso, o seu nome revela a importância de dar voz aos pacientes e conhecer a sua perspetiva.

As categorias que compõem este domínio remetem para, um sentir de evolução, segurança e conhecimento das suas características ou valor pessoal– *Consciência do Self*; *Auto-Confiança*. A terceira, dirige-se para utilização de competências ou ferramentas que tornam os pacientes mais capazes e confiantes para lidar com os desafios quotidianos– *Utilização de Capacidades e Estratégias*.

Podemos considerar que este domínio se assemelha ao mecanismo de mudança de Gibbons et al. (2009), *Visão do self*. Este mecanismo é entendido como a discrepância entre aquilo que o paciente é no presente, e o que deseja ser (*self ideal*). Das respostas dos participantes, compreende-se que há uma evolução face ao que desejam ser, sendo manifestado que alcançaram conquistas, ainda que também tenham desejos face ao futuro.

No domínio, *Percepção de Mudança e Crescimento Pessoal*, as categorias *Consciência do self* e *Auto-confiança* são apoiadas por Fava e Tomba (2009), que referem que uma das formas de a psicoterapia promover o bem-estar, é conduzir os pacientes para um nível ótimo de seis dimensões de bem-estar psicológico, entre elas o *Crescimento Pessoal*. Esta dimensão representa um sentimento de desenvolvimento contínuo, estar aberto a novas experiências, entender o seu potencial e ver progressos no seu comportamento e *self*, ao longo do tempo. Simplificando, a sensação de que se está a crescer psicologicamente.

Quanto às categorias, *Consciência do Self* e *Auto-Confiança*, verificou-se que a primeira inclui, significativamente, mais participantes (9), do que a segunda (2). A *Consciência do Self* é também, das categorias deste domínio, a segunda mais referenciada, possivelmente porque, face à categoria *Utilização de Capacidades e Estratégias*, tem menor número de subcategorias associadas.

Verificou-se, pelas respostas dos participantes, que uma das mudanças mais relevantes que alcançaram com a terapia foi terem conhecido algo em si, que neste momento, os ajuda a resolver as suas dificuldades “A tomada de consciência dos meus mecanismos emocionais ameniza o seu efeito, permitem-me demarcar e reconhecer a dimensão e densidade emocional do outro” (Participante 2), categoria *Consciência do self*.

O elevado número de referências desta categoria pode ser justificado pelo facto de o desenvolvimento de uma nova consciência acerca de uma experiência interna e de processos interpessoais ser uma tarefa transversal às várias abordagens de psicoterapia, um indicador de crescimento pessoal. Para alguns teóricos uma nova consciência significa mudança (Levitt & Williams, 2010).

Na teoria da mudança do Modelo de Complementaridade Paradigmática de Vasco (2006), verificamos que, na sequência de 7 fases do processo, as respetivas conquistas que lhes estão associadas, são teoricamente propostas como mecanismos que

apoiam a mudança estrutural dos pacientes (Conceição, 2010). Neste modelo, a segunda fase remete para a ampliação da consciência do *self* e da experiência, podendo assemelhar-se a esta categoria. Ainda que seja possível encontrar, na perspectiva de Levitt e Williams (2010), ampliação da consciência em todas fases.

A categoria, *Consciência do Self*, também vai ao encontro do que Higginson e Mansell (2008), nomearam de *percepção do novo self*, um mecanismo que inclui a percepção de alterações na relação com o *self* e a auto-compreensão.

Dentro da *Consciência do self*, emergiu uma subcategoria de 2º nível, *Compreensão da origem das dificuldades*. Nesta subcategoria os participantes demonstram entender as razões das suas dificuldades, principalmente na relação com o outro.

Novamente comparando com as 7 fases de mudança do Modelo de Complementaridade Paradigmática de Vasco (2006), verifica-se que, esta subcategoria, *Compreensão da origem da dificuldade*, se aproxima dos aspetos propostos na 3ª fase, particularmente, criar sentido às experiências problemáticas, à luz do passado (atribuição de significado distal) ou presente (atribuição de significado proximal).

A subcategoria assemelha-se também ao mecanismo de Grawe (1997), *Clarificação de Significado*, que representa a capacidade de explicar os significados implícitos, por trás de uma ameaça. Ainda idêntico, parece o mecanismo de Gibbons et al. (1999) *Auto-compreensão de padrões interpessoais*, a capacidade do paciente em compreender, e ter consciência, dos fatores que contribuem para as dificuldades interpessoais, nomeadamente conflitos.

Outra categoria que emergiu no domínio *Percepção da Mudança e Crescimento Pessoal*, foi *Utilização de Estratégias e Capacidades*. Esta categoria refere-se a novas ferramentas que os participantes adquiriram com a terapia e as percebiam como úteis na resolução de problemas fora da terapia.

Esta categoria é semelhante a um dos mecanismos que Perren et al. (2009) referem promover mudanças a longo prazo, “*Tool-kit*”. Estas ferramentas podem ser características que o paciente já apresentava, mas que são potenciadas, ou novas aquisições que são feitas em terapia, e que são úteis em aspetos fora do contexto terapêutico. As ferramentas embora desenvolvidas em contexto de sessão, com o trabalho que paciente e terapeuta realizam, são posteriormente utilizadas no contexto quotidiano.

Grawe (1997) e Gibbons et al. (2009), também consideraram como mecanismos de mudança a aquisição de novas competências e capacidades, seja pela aprendizagem de novas formas, mais satisfatórias de resolver as dificuldades, ou pela aquisição de competências compensatórias, que permitem resolver problemas.

Dando um exemplo de um modelo de terapia específico, integrativo, na Terapia Comportamental Dialética (DBT), o tratamento com foco na desregulação emocional e efeitos posteriores, é realizado através do reforço da motivação e aprendizagem de competências, a utilizar nas áreas de dificuldade. Pressupõe-se que, o *Aumento no uso das competências* DBT é um mecanismo de mudança desta terapia (Neacsiu, Rizvi, & Vitaliano, 2010), assemelhando-se a esta categoria, *Utilização de Capacidades e Estratégias*.

Dentro desta categoria, a subcategoria com maior número de referências é a *Regulação emocional* (11 referências). Verifica-se que vários participantes manifestam adquirir a capacidade de controlo, de emoções e/ou comportamentos, que no passado eram agidos por impulso, ou ativados automaticamente. Reconhecem estratégias que influenciam a ocorrência, a experiência e a intensidade de uma vasta gama de emoções (e.g. “*Antes tinha problemas de ansiedade, e comia imenso quando me sentia ansiosa*” (participante 8).

A auto-regulação emocional é considerado um mecanismo de mudança em várias abordagens de intervenção, como a *DBT* (Gratz, Bardeen & Levy, 2015). Na patologia Borderline, quando a desregulação emocional é intensificada, pode aumentar a excitação emocional e reatividade, interferindo com a capacidade de controlar certos comportamentos, associados à emoção.

Também Barlow et al. (2010), sugerem uma abordagem unificada aplicável à maioria das perturbações emocionais (*Unified Protocol*), focada nos mecanismos comuns subjacentes aos procedimentos psicológicos que intervêm nos distúrbios emocionais. A terapia deve ter atenção à regulação emocional dos pacientes, pois o processo de regulação emocional influencia a ocorrência, intensidade, expressão e experiencial emocional, sendo um importante mecanismo no desenvolvimento e manutenção da perturbação.

Esta categoria, *Regulação emocional* poderia ainda ser diferenciada em subcategorias, mas tal não foi realizado no âmbito desta investigação.

A outra subcategoria, *Eficácia Interpessoal*, da categoria *Utilização de Estratégias e Capacidades*, não incluiu elevado número de participantes e, portanto, pode representar conquistas que foram encontradas devido às características da amostra, logo não serem representativas de mudanças transdiagnósticas.

Não obstante, a *Eficácia Interpessoal*, é muito semelhante ao que Lipsitz e Markowitz (2013) denominam de *Melhorar Competências interpessoais*, um dos quatro mecanismos de mudança, da Terapia Interpessoal, hipotetizados pelos autores.

Apesar de terem emergido três categorias, *Consciência do Self*, *Auto-Confiança* e *Utilização de Capacidades e Estratégias*, no domínio *Percepção da Mudança e Crescimento Pessoal*, um aspeto interessante, é que tal não significa que as mesmas sejam independentes, pois verifica-se que as subcategorias e categorias se podem potenciar. Considerando o exemplo da possível relação entre a *Auto-confiança* e a *Utilização de Capacidades e Estratégias*, ambas se potenciam, ou seja, se tenho confiança nas minhas capacidades para resolver situações de confronto, quando situações destas ocorrerem irei estar mais motivada e confiante para as ultrapassar. Além disto, a aplicabilidade das minhas competências em situações do quotidiano é uma forma de as treinar, e a possibilidade aprender novas formas, potenciando as capacidades de superar situações adversas.

Esta interação com o quotidiano, como forma de treinar, aprender e/ou potenciar capacidades, é suportada pela ideia de Goldfried (1980, 2012) que introduz como um princípio de mudança, facilitar *Experiências Corretivas (EC)*. Durante o processo terapêutico quando as *EC* ocorrem o paciente reporta que, numa experiência entre sessões, se comportou de forma diferente, ou obteve uma experiência satisfatória, a partir do seu comportamento. Ter estas experiências não é suficiente, devem ser processadas em sessão e o paciente deve ser encorajado a promover essas experiências. O processamento das mesmas - *ongoing reality testing* - pode ajudar os pacientes a alinharem diferentes componentes do seu funcionamento.

Esta ideia também pode ser suportada, pelo que Dreier (2008) e Wachtel (2014), referiam acerca da importância do contexto, sendo nele que se manifestam as mudanças, e as experiências nele vividas são agentes terapêuticos, promovendo aprendizagem. Wachtel (2014), dá mais ênfase às relações interpessoais, nomeadamente os ciclos relacionais. Nestes ciclos, os afetos ou ações que advêm do estado interno da pessoa,

levam a determinada resposta por parte dos outros, podendo assim, este estado interno alterar-se ou manter-se. Este é um processo importante na mudança.

Dificuldades Persistentes

Este domínio não apresenta grande representatividade, devido ao número de participantes nele incluído. A categoria que deste emergiu foi a *Inalteração emocional*, esta remete para a dificuldade que alguns participantes demonstram em alterar a experiência emocional associada a determinada situação.

Apesar de pouco relevante, a categoria parece curiosa, pois estamos a falar de um processo psicoterapêutico em curso, podendo ainda não ter havido tempo para as mudanças que os participantes escolheram relatar. Estamos a avaliar pacientes a meio de um processo e não no final, o que significa que as mudanças encontradas podem ser entendidas como intermédias, aliás era esse o propósito com a metodologia utilizada, entrar em contacto com as mudanças em construção, havendo umas já construídas e outras tantas não.

O relato dos pacientes, da existência de dificuldades e conquistas, no mesmo momento, vai ao encontro do que Higginson e Mansell (2008) indicaram a partir da explicação de alguns pacientes, a recuperação é um processo lento e gradual, não excluindo a possibilidade de, ao longo do mesmo, existirem mudanças repentinas.

Mudança Desejada

Este domínio, que inclui a *Auto-aceitação* e *Auto-confiança*, parece assemelhar-se ao que Maia (2014), referiu como *capacidades orientadas para o futuro*.

Uma das seis dimensões de bem-estar psicológico definida por Fava e Tomba (2009), é a *Auto-aceitação*. Num nível comprometido o paciente sente-se insatisfeito, dececionado com a vida passada e preocupado com determinadas qualidades pessoais. O objetivo do processo terapêutico, é promover uma atitude positiva face a si próprio e aceitar as suas qualidades e defeitos. A esta descrição parece fazer sentido contemplar a aceitação das necessidades individuais, concordante com a capacidade encontrada por Maia (2014) *expressão de desejos e necessidades*.

Esta categoria é ainda semelhante ao significado de um dos pares de necessidades dialéticas de Vasco (2009), *Auto-estima – Autocrítica*. A regulação destas necessidades indica que a pessoa tem capacidade para se sentir satisfeita consigo

própria, bem como capacidade para identificar, tolerar e aprender com as insatisfações pessoais, semelhante aos desejos transmitidos pelos participantes, aceitar as suas necessidades, e terem um sentimento de satisfação face ao self (Bernardo & Vasco, 2015).

Tal como avançado na revisão de literatura, os estudos sobre mecanismos de mudança e de momentos significativos em terapia assemelham-se, em termos metodológicos, e no impacto que ambos os conceitos têm no *outcome* (Doss, 2004; Timulack et al., 2010). Verifica-se ainda semelhanças entre as categorias que emergem em alguns destes estudos (Castonguay et al., 2010; Gibbons et al., 2009; Higginson & Mansell, 2008; Timulack, 2007). Da mesma forma, no presente estudo também se identificam semelhanças entre as categorias que emergiram, com as de estudos de mecanismos de mudança e momentos significativos em terapia.

A categoria *Consciência do Self*, por exemplo, pode ser comparada com categorias encontradas em estudos de mecanismos de mudança, como *Auto compreensão* (Higginson & Mansell, 2008), e em estudos de momentos significativos em terapia, com *Consciência/ Auto-compreensão* (Timulack, 2007) e *Auto-consciência e Auto-insight* (Castonguay et al., 2010).

Também a categoria *Utilização de Capacidades e Estratégias*, se pode comparar a *Mudança do comportamento/Solução do problema* (Timulack, 2007) e, *Solução do Problema* (Castonguay et al., 2010).

A categoria, da presente investigação, *Auto-confiança*, é idêntico ao que Castonguay et al. (2010) denominaram de *Alívio*, um aspeto considerado importante para os pacientes. Também equipada a *Self positivo*, identificado quer por pacientes, quer por terapeutas, no estudo de Castonguay et al. (2010).

Parece interessante podermos compreender a relação que existe entre acontecimentos dentro da terapia –associado ao paradigma dos eventos significativos, mas não exclusivamente, e o que ocorre fora dela, associado a mudanças mais estruturais na arquitetura mental dos pacientes.

No paradigma experimental dos eventos significativos em terapia os pacientes são questionados sobre o impacto de eventos na psicoterapia considerados proveitosos na mudança (Timulack, 2007). Estes estudos ocorrem durante o processo terapêutico, no final das sessões (Timulack, 2010; Castonguay et al., 2010). Os mecanismos de

mudança são resultados intermédios, não diretamente sobre o controlo do terapeuta, mas que são generalizados para a vida do paciente, sendo o estudo dos mesmos importante decorrer no contexto fora da terapia (Doss, 2004).

Ainda que sejam espaços diferentes há que considerar a influência de um sobre outro. Esta inter-relação é apoiada pela abordagem de Doss (2004), processos ocorrem no contexto de terapia, em contraste com os mecanismos, que devem ser investigados fora das sessões. Espera-se que os processos de mudança levem a uma melhoria dos mecanismos de mudança, e estes, à melhoria do resultado final.

Bohart (2013) também relaciona os dois contextos, os pacientes “absorvem” e “metabolizam” a terapia, podendo o trabalho realizado nas mesmas observar-se entre sessões, portanto, fora do contexto de terapia. Ademais, os pacientes levam as suas dificuldades do quotidiano para a terapia, de forma a conseguirem solucioná-las.

A partir de estudos acerca de momentos significativos na terapia, considerados por pacientes e seus terapeutas (Castonguay et al., 2010), compreende-se que ambos os intervenientes estão de acordo quanto aos momentos mais importantes para a mudança terapêutica. Podemos pensar que os momentos mais importantes para a mudança ocorrem dentro da terapia, e possivelmente a mudança se verifica fora da terapia.

No presente estudo, algumas mudanças relatadas pelos participantes, que podem ser equiparadas aos mecanismos de mudança, uma vez que foram capturadas no contexto fora da sessão (Doss, 2004), vão ao encontro do que Fava e Tomba (2009), referem como dimensões que os terapeutas devem promover nos pacientes em psicoterapia.

O acordo entre terapeutas e pacientes quanto ao que é relevante para a mudança terapêutica, e o consentimento entre as mudanças relatadas pelos participantes e o que o terapeuta deve promover no paciente, podem ser hipóteses explicativas para percebermos a razão da semelhança entre as categorias de mecanismos de mudança e momentos significativos em terapia. Se terapeutas e pacientes estão de acordo naquilo que é importante em terapia, é expectável que o trabalho desenvolvido em terapia, e direcionado pelos terapeutas, potencie o que estes consideram relevante. Portanto, as mudanças vistas em ação, fora do contexto da sessão, poderão refletir o trabalho que ocorre dentro da mesma.

Esta relação, entre *in session* e *out session*, é reforçada a partir de estudos que tentam entender, após a terapia, o que para os pacientes foi importante na mudança

(Binder et al., 2009), isto porque, quer os mecanismos de mudança, quer os momentos significativos em terapia são estudados durante o processo, e ambos têm impacto no resultado final. Segundo Doss (2004), o processo de mudança do paciente é resultado do processo de mudança terapêutica, levando à melhoria dos mecanismos de mudança, e estes à melhoria do resultado final.

No estudo de Binder et al. (2009), verifica-se que um dos aspetos que os pacientes identificam como mais importante é *Criar um novo significado e novas conexões de padrões de vida*. Assemelha-se, no presente estudo à categoria *Consciência do Self* e à subcategoria desta, *Compreensão da origem das dificuldades*. Comparar-se ainda ao mecanismo de mudança explorado por Gibbons et al. (2009), *Ganhos na Autocompreensão de padrões interpessoais*, ou ao mecanismo *Auto compreensão* (Higginson & Mansell, 2008). Quanto aos estudos dos momentos significativos, compara-se com *Consciência/Auto-compreensão*, *Auto-consciência* e *Auto-insight* (Castonguay et al., 2010; Timulack, 2007).

Constata-se então que a consciência do *self*, é um aspeto transversal a todos os estudos, quer de processo, quer de *outcome*. É interessante compreender, que nesta investigação, apesar do reduzido número de participantes da amostra, a categoria *Consciência do Self* é aquela que engloba o maior número de participantes. Estas considerações apoiam o que Levitt e Williams (2010), apresentam, o desenvolvimento de uma nova consciência acerca da experiência interna e processos interpessoais é um indicador de crescimento do paciente, transversal a qualquer abordagem terapêutica.

3. Entender a capacidade de lidar com desafios do quotidiano antes e após o início da terapia

No que concerne à diferença, que é possível encontrar, a partir das questões do instrumento, antes e após o início da terapia, podem tecer-se as seguintes considerações.

A partir da análise quantitativa dos níveis de ativação emocional atribuídos pelos participantes, verifica-se que a média dos níveis são superiores antes do início da terapia do que durante (respetivamente 9 e 5,8). A maioria dos participantes consideram ter descido o nível de ativação emocional.

Tendo em conta as questões em que os participantes descrevem as situações concretas e as mudanças, um aspeto interessante é a diferença na forma como estes se posicionam face ao seu contexto. Quando descrevem a situação concreta, retratam-se

como vulneráveis aos outros ou às exigências que lhes são impostas, transmitindo uma sensação de impotência em relação ao que os rodeia. Este conteúdo geral verifica-se quer no domínio dos *Precipitantes da Ativação Emocional*, em que as categorias remetem para questões do contexto, seja tarefas quotidianas ou relações interpessoais (*Exigências e Responsabilidades*; e *Ação do outro*), quer no domínio da *Projeção das Dificuldades no Futuro*, percecionando-se como incapazes de alterar a situação concreta (*Sentimento de Impotência*; e *Sentimento de Incompetência*).

Esta perceção da diferença relativamente à forma como se sentiam antes e após o início da terapia, pode ser justificada pelo que Gendlin (1968) referiu, no início da terapia os pacientes fazem mais referências acerca dos outros, enquanto que, à medida que a terapia decorre, a auto-referência torna-se mais frequente.

Esta ideia do autor surge com a elaboração de uma escala (*Experiencing Scale*) que avalia os graus em que o paciente em terapia demonstra estar orientado para, e a simbolizar o seu sentido de experiência interna. Isto significa que é justificável que ao longo da terapia o paciente se demonstre mais ancorado em si próprio.

A mudança no discurso dos participantes, como pacientes, reflete o trabalho que é realizado na terapia. Levitt e Williams (2010), num estudo com terapeutas de diferentes orientações teóricas, referem que o trabalho dos terapeutas vai no sentido da função da psicoterapia, promover o processo reflexivo de auto-examinação, colocar a atenção em si próprio e iniciar a auto-exploração e análise. Aliás, o modelo de 7 fases, propõe algo semelhante, ainda que usando termos diferentes para cada fase, em que se espera que a agência e consciência, bem como as alternativas ou graus de liberdade comportamentais sejam cada vez mais com o avançar do processo.

Outra hipótese que levanto é forma como a terapia promove o conhecimento acerca do próprio e a aquisição de ferramentas. Possivelmente, após algumas sessões, o paciente possui mais ferramentas para lidar com os seus sentimentos, e ainda que se encontre da mesma forma que anteriormente, sente-se mais confiante para enfrentar os desafios quotidianos. Normalmente, nas sessões são trabalhadas diferentes situações problema e experiências fora da terapia, e exploradas uma variedade de possibilidades diferentes de lidar nesses momentos (Dreier, 2008; Bohart, 2013).

Esta ideia é suportada por uma das dimensões que o terapeuta deve promover, *Environmental Mastery*. Tal significa promover nos pacientes sentido de competência e controlo sobre o ambiente, capaz e proactivo na resolução de problemas, em vez de “*ser*

bofeteado passivamente por forças externas”, sentindo-se incapaz de mudar, ou melhorar o seu contexto e sem controle sobre o mesmo (Fava e Tomba, 2009).

Contrastando algumas categorias que emergiram nas duas questões - *Sentimento de Impotência*, *Sentimento de Incompetência* e *Utilização de Capacidades e Estratégias* verifica-se que, numa fase mais inicial o paciente se sente incapaz de agir sobre o contexto, enquanto que, no que diz respeito à mudança, sente-se agora capaz de lidar com situação que considera não conseguir no passado.

Concluindo, a presente investigação incidiu sobre capacidades e competências adquiridas, por pacientes em terapia, potenciais mecanismos de mudança (Doss, 2004) que se generalizam no contexto quotidiano, não ancorados a perturbações ou abordagens terapêuticas. O intuito foi contribuir para a investigação dos mecanismos de mudança numa perspetiva integrativa.

A descrição dos cenários feita pelos participantes parece assemelhar-se ao relato da memória autobiográfica, que é realizado a partir das narrativas. É possível comparar o conteúdo, ordem e avaliação esperado numa narrativa e o verificado nas descrições dos participantes. A maioria dos participantes faz uma avaliação emocional das situações – Expressão da Ativação Emocional, podendo ser justificada pela participação do sistema da amígdala, relevante na memória autobiográfica e ativação esquemática (Greenberg & Safran, 1987).

No que concerne, às categorias emergentes, parecem ser semelhantes a mecanismos de mudanças considerados noutros estudos. Remetem para capacidades ou competências adquiridas pelos pacientes, que podem refletir a arquitetura mental dos mesmos (Conceição, 2010), denominando-se mecanismos de mudanças (Doss, 2004,) ou resultados intermédios (Greenberg, 1986; Orlinsky et al., 2004), estudados em ação já fora do contexto das sessões terapêuticas.

O trabalho desenvolvido em terapia sairá um dia para o contexto quotidiano dos pacientes, ainda que não possamos restringir as mudanças a um resultado direto e único da terapia, existindo outras variáveis. Contudo, o processo de mudança do cliente é resultado do processo mudança terapêutica, e leva à melhoria dos mecanismos de mudança (Doss, 2004). Na verdade, constata-se que o que o paciente e terapeuta acham útil em terapia, para a mudança é semelhante aos mecanismos de mudanças apontados

por alguns autores. Sendo transversal, em estudos acerca de mecanismos mudanças ou momentos significativos para a mudança, a promoção de ampliação da consciência, consciência do *self* ou *insight*.

De acordo com as principais áreas abordadas pelos participantes nas suas respostas compreende-se que a psicoterapia deve ser entendida como um processo, em que no mesmo momento é passível existirem conquistas, dificuldades e objetivos futuros. Parece que a arquitetura mental dos pacientes se vai orientando para a ação sobre o contexto, com o decorrer da terapia. As capacidades e competências adquiridas parecem integrar-se na dimensão intrapessoal, permitindo ao paciente ter uma participação ativa sobre o contexto.

Estas conclusões permitem preencher, a pouco e pouco, a lacuna existente entre a investigação e a prática clínica. Compreendendo o *como* e o *quê* da mudança dos pacientes, bem como o que este reconhece como útil pode potenciar e direcionar a prática dos psicoterapeutas.

Limitações do estudo e Sugestões de estudos futuros

No que concerne às limitações do estudo, considero que a reduzida amostra (N=12), será a questão que acarreta mais dificuldades para a análise e compreensão das potenciais mudanças sugeridas pelos participantes. O reduzido número de participantes levou a que emergissem categorias muito específicas, sendo pouco significativo o número de participantes integrados nas mesmas. Mais ainda, uma vez que se realizou uma análise consensual, é característico desta realizar uma análise de frequências das categorias, contudo, a frequência das mesmas foi, na sua maioria, tão reduzida que, de uma forma geral, tiveram todas uma classificação de Variante, não existindo nenhuma categoria Geral – que inclui todos, ou todos menos um, participantes.

Ainda vinculado ao diminuto número de participantes, verifico que os domínios encontrados, que se espera que abranjam as áreas ou temas referidos pelos participantes, acabam por ter um carácter mais individual que geral. Isto significa que nem todos os participantes referem os temas retratados em todos os domínios.

No entanto, esta limitação poderá ser um ponto de partida para um estudo futuro. Visto que, na questão acerca de potenciais mudanças sentidas, a relação entre os domínios que emergiram é representativa da ideia de processo. Contudo, devido ao reduzido número de participantes não foi possível retirar ilações sobre a relação entre o

número de sessões e o/os domínio(s) em que os participantes se inseriam. Esta relação poderia ser interessante verificar no futuro.

Outra limitação do estudo é o facto de a maioria dos participantes não referir o modelo terapêutico que frequenta. Embora, suportada por aspetos da revisão de literatura, que consideram os mecanismos de mudança não ancorados a abordagens terapêuticas, seria relevante compreender esta relação, entre o tipo de capacidades e competências adquiridas e o trabalho inerente a cada orientação.

Do mesmo modo, fico sem compreender a relação entre potenciais mudanças dos participantes e o momento de terapia em que se encontram. É de considerar que a amplitude do número de sessões entre os participantes é significativa, a isto acresce novamente o facto de serem poucos participantes, não possibilitando construir grupos representativos, ou equivalentes de participantes na mesma fase do processo. Acrescento ainda que a cadência de sessões de psicoterapia (semanal, quinzenal ou mensal), pode ser outra variável a ter em consideração nesta relação.

No que remete para a seleção dos cenários dos participantes, também pode existir uma limitação, tendo em conta que a resposta aberta, quer acerca da descrição da situação, quer das eventuais mudanças e capacidades adquiridas, está vinculada à seleção do cenário. Uma vez que pedimos ao participante que se remeta ao passado próximo, o cenário escolhido pelo mesmo poderá não ter relação com o que o levou à terapia, não sendo as potenciais mudanças nessas situações em particular, objeto ou reflexo do trabalho na sua terapia, ficando as mudanças retratadas pelo participante aquém de uma relação com a terapia.

Para o futuro, também seria relevante, como acima sugerido, compreender a relação entre o momento da terapia e as capacidades e competências adquiridas. Mais ainda, descortinar e contrastar a perspetiva do paciente e do terapeuta, pois como se verificou noutros estudos parece existir uma congruência entre estes dois participantes da terapia, sendo esta uma possibilidade para entender a relação existente entre o que ocorre em terapia (*in session*) e o que se verifica fora dela, no contexto quotidiano dos pacientes (*out session*).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & May, J. T. E. (2010). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. Oxford University Press, USA.
- Barter, C., & Renold, E. (1999). The use of vignettes in qualitative research. *Social research update*, 25(9), 1-6.
- Bergin, A. E., & Lambert, M. J. (1971). The evaluation of therapeutic outcomes. *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 2.
- Bergin, A. E., & Lambert, M. J. (1978). The evaluation of therapeutic outcomes in SL Garfield & AE Bergin (Eds.) *Handbook of psychotherapy and behavior change*.
- Bernardo, F., & Vasco, A. B. (2015). Desenvolvimento da Escala de Regulação da Satisfação de Necessidades Psicológicas de Proximidade e Autonomia: Relação com o bem-estar e mal-estar psicológicos. *Análise Psicológica*, 33(1), 3-17.
- Binder, P. E., Holgersen, H., & Nielsen, G. H. S. (2009). Why did I change when I went to therapy? A qualitative analysis of former patients' conceptions of successful psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 9(4), 250-256.
- Boswell, J. F. (2015). Psychotherapy: Process, mechanisms, and science–practice integration. *Psychotherapy*, 52(1), 38.
- Bohart, A. C., & Wade, A. G. (2013). The client in psychotherapy. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 6, 219-257.
- Carey, T. A., Carey, M., Stalker, K., Mullan, R. J., Murray, L. K., & Spratt, M. B. (2007). Psychological change from the inside looking out: A qualitative investigation. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7(3), 178-187.
- Castonguay, L. G., Boswell, J. F., Zack, S. E., Baker, S., Boutsellis, M. A., Chiswick, N. R., ... & Holtforth, M. G. (2010). Helpful and hindering events in psychotherapy: a practice research network study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(3), 327.

- Castonguay, L. G. (2013, March). Psychotherapy outcome: An issue worth re-revisiting 50 years later. In *Annual meeting of L'Ordre des Psychologues du Québec, Nov, 2010, PQ, Canada; This article is based in part on a keynote address presented at the aforementioned conference.* (Vol. 50, No. 1, p. 52). Educational Publishing Foundation.
- Claiborn, C. D., Goodyear, R. K., & Horner, P. A. (2001). Feedback. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 401-405. doi:10.1037/0033-3204.38.4.401
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Hill, C., & Safran, J. (2011). Therapists' and clients' experiences of alliance ruptures: a qualitative study. *Psychotherapy Research*, 21(5), 525-540.
- Conceição, N. (2010). *If you want to get ahead, get a sequence of general strategies: integrative decision making in real-world psychotherapy.* (Tese de Douturamento não publicada). Universidade de Lisboa.
- Crits-Christoph, P., Connolly Gibbons, M., & Mukherjee, D. (2013). Process-outcome research. In M. J. Lambert (Ed.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change* (6th ed., pp. 298–340). New York, NY: Wiley.
- Doss, B. D. (2004). Changing the way we study change in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(4), 368-386.
- Dreier, O. (2008). Changes in clients' practice across places. In C. U. Press (Ed.), *Psychotherapy in Everyday Life* (109-139). New York.
- Elliott, R. (1984). A discovery-oriented approach to significant change events in psychotherapy: Interpersonal process recall and comprehensive process analysis. *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process*, 249-286.
- Elliott, R., Shapiro, D. A., Firth-Cozens, J., Stiles, W. B., Hardy, G. E., Llewelyn, S. P., & Margison, F. R. (1994). Comprehensive process analysis of insight events in

- cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapies. *Journal of Counseling Psychology*, 41(4), 449.
- Elliott, R. (1999). *Client change interview protocol*. Network for Research on Experiential Psychotherapies website: <http://experiential-researchers.org/instruments/elliott/changei.html>.
- Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: Realizing the promise. *Psychotherapy Research*, 20(2), 123-135. doi:10.1080/10503300903470743
- Eysenck, H. J. (1952). The Effects of Psychotherapy: An Evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16(5), 319-324.
- Eysenck, H. J. (1964). The outcome problem in psychotherapy: A reply. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 1(3), 97-100. doi:10.1037/h0088591
- Fava, G. A., & Tomba, E. (2009). Increasing Psychological Well-Being and Resilience by Psychotherapeutic Methods. *Journal of Personality*, 77(6), 1903-1934. doi:10.1111/j.1467-6494.2009.00604.x
- Gendlin, E. T., Beebe, J., III, Cassens, J., Klein, M., & Oberlander, M. (1968). Focusing ability in psychotherapy personality, and creativity. In J. M. Shlien (Ed.), *Research in psychotherapy* (pp. 217-241). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Gibbons, M. B. C., Crits-Christoph, P., Barber, J. P., Wiltsey Stirman, S., Gallop, R., Goldstein, L. A., ... & Ring-Kurtz, S. (2009). Unique and common mechanisms of change across cognitive and dynamic psychotherapies. *Journal of consulting and clinical psychology*, 77(5), 801.
- Goldfried, M. R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, 35(11), 991.
- Goldfried, M. R. (2012). The corrective experience: A core principle for therapeutic change.

- Gonçalves, M. M., & Silva, J. R. (2014). Momentos de inovação em psicoterapia: Das narrativas aos processos dialógicos. (Portuguese). *Análise Psicológica*, 32(1), 27-43. doi:10.1
- Gordon, N. S. (2000). Researching psychotherapy, the importance of the client's view: A methodological challenge. *The Qualitative Report*, 4(3), 1-20.
- Gratz, K. L., Bardeen, J. R., Levy, R., Dixon-Gordon, K. L., & Tull, M. T. (2015). Mechanisms of change in an emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behaviour research and therapy*, 65, 29-35.
- Grawe, K. (1997). Research-informed psychotherapy. *Psychotherapy research*, 7(1), 1-19.
- Greenberg, L. S. (1986). Change Process Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1), 4-9.
- Greenberg, L. S., & Safran, J. D. (1987). Emotions in psychotherapy: Affect, cognition, and the process of change.
- Greenberg, L. S., & Paivio, S. C. (2003). *Working with emotions in psychotherapy* (Vol. 13). Guilford Press.
- Greenberg, L. S., & Angus, L. (2004). The contributions of emotion processes to narrative change in psychotherapy. *Handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research*, 331-351.
- Greenberg, D. L., Rice, H. J., Cooper, J. J., Cabeza, R., Rubin, D. C., & LaBar, K. S. (2005). Co-activation of the amygdala, hippocampus and inferior frontal gyrus during autobiographical memory retrieval. *Neuropsychologia*, 43(5), 659-674.
- Habermas, T. (2015). 13 A model of psychopathological distortions of autobiographical memory narratives: an emotion narrative view. *Clinical Perspectives on Autobiographical Memory*, 267.
- Hayes, A. M., Feldman, G. C., & Goldfried, M. R. (2005). The change and growth experiences scale: A measure of insight and emotional processing. In L. G.

- Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *Insight in psychotherapy* (pp. 231–253). Washington, DC: American Psychological Press.
- Higginson, S., & Mansell, W. (2008). What is the mechanism of psychological change? A qualitative analysis of six individuals who experienced personal change and recovery. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 81(3), 309-328. doi:10.1348/147608308X320125
- Hill, C. E., Thompson, B. J., & Williams, E. N. (1997). A guide to conducting consensual qualitative research. *Counseling Psychologist*, 25(4), 517-572. doi:10.1177/0011000097254001
- Hill, C. E., Knox, S., Thompson, B. J., Williams, E. N., Hess, S. A., & Ladany, N. (2005). Consensual qualitative research: An update. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 196-205. doi:10.1037/0022-0167.52.2.196
- Hill, C., E. (2012). *Consensual qualitative research: a practical resource for investigating social science phenomena* (C. Hill Ed. First ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hill, C. E., Chui, H., & Baumann, E. (2013). Revisiting and reenvisioning the outcome problem in psychotherapy: An argument to include individualized and qualitative measurement. *Psychotherapy*, 50(1), 68-76. doi:10.1037/a0030571
- Hollon, S. D., & Kriss, M. R. (1984). Cognitive factors in clinical research and practice. *Clinical Psychology Review*, 4(1), 35-76.
- Holtforth, M. G., Castonguay, L. G., & Borkovec, T. D. (2004). Expanding our strategies to study the process of change. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 11(4), 396-404. doi:10.1093/clipsy/bph097
- Hughes, R., & Huby, M. (2002). The application of vignettes in social and nursing research. *Journal of advanced nursing*, 37(4), 382-386.
- Johansson, P., & Høglend, P. (2007). Identifying mechanisms of change in psychotherapy: Mediators of treatment outcome. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14(1), 1-9. doi:10.1002/cpp.514

- Kanfer, F. H., & Goldstein, A. P. (1991). *Helping people change*. New York, NY: Pergamon Press.
- Kazdin, A. E. (1999). The meanings and measurement of clinical significance.
- Kazdin, A. E., & Nock, M. K. (2003). Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: methodological issues and research recommendations. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 44(8), 1116-1129. doi:10.1111/1469-7610.00195
- Kazdin, A. E. (2006). Mechanisms of Change in Psychotherapy: Advances, Breakthroughs, and Cutting-Edge Research (Do Not Yet Exist). In R. R. Bootzin & P. E. McKnight (Eds.), *Strengthening research methodology: Psychological measurement and evaluation* (pp. 77-101). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1-27. doi:10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432
- Kazdin, A. E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research*, 19(4-5), 418-428. doi:10.1080/10503300802448899
- Knight, R. P. (1941). Evaluation of the results of psychoanalytic therapy. *American Journal of Psychiatry*, 98(3), 434-446.
- Labov, W. (1997). Some further steps in narrative analysis. *Journal of narrative and life history*, 7, 395-415.
- Lambert, M. J., Harmon, C., Slade, K., Whipple, J. L., & Hawkins, E. J. (2005). Providing feedback to psychotherapists on their patients' progress: clinical results and practice suggestions. *Journal of clinical psychology*, 61(2), 165-174.
- Lambert, M. J., & Shimokawa, K. (2011). Collecting client feedback. *Psychotherapy*, 48(1), 72-79. doi:10.1037/a0022238
- Lambert, M. J. (2013). Outcome in psychotherapy: The past and important advances. *Psychotherapy*, 50(1), 42-51. doi:10.1037/a0030682

- Laurenceau, J. P., Hayes, A. M., & Feldman, G. C. (2007). Some methodological and statistical issues in the study of change processes in psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 27(6), 682-695. doi:10.1016/j.cpr.2007.01.007
- Levitt, H. M., & Williams, D. C. (2010). Facilitating client change: Principles based upon the experience of eminent psychotherapists. *Psychotherapy Research*, 20(3), 337-352.
- Lipsitz, J. D., & Markowitz, J. C. (2013). Mechanisms of change in interpersonal therapy (IPT). *Clinical psychology review*, 33(8), 1134-1147.
- Llewelyn, S., & Hardy, G. (2001). Process research in understanding and applying psychological therapies. *British Journal of Clinical Psychology*, 40(1), 1.
- Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Kuo, J. R., & Linehan, M. M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 459-480.
- Luborsky, L. (1984). Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual For supportive-expressive Treatment.
- Maia, P. (2014). *Resultados Psicoterapêuticos Intermédios no Quotidiano: Um estudo qualitativo de mecanismos de mudança com recurso a cenários relevantes para o self*. (Tese de Mestrado não publicada). Universidade de Lisboa.
- Mander, J. V., Wittorf, A., Schlarb, A., Hautzinger, M., Zipfel, S., & Sammet, I. (2013). Change mechanisms in psychotherapy: Multiperspective assessment and relation to outcome. *Psychotherapy Research*, 23(1), 105-116.
- Mander, J., Schlarb, A., Teufel, M., Keller, F., Hautzinger, M., Zipfel, S., ... & Sammet, I. (2014). The individual therapy process questionnaire: Development and validation of a revised measure to evaluate general change mechanisms in psychotherapy. *Clinical psychology & psychotherapy*.
- McGaugh, J. L. (1995). Emotional activation, neuromodulatory systems, and memory. In D. L. Schacter (Ed.), *Memory distortions: How minds, brains, and societies*

reconstruct the past (pp. 255-273). Cambridge, MA, US: Harvard University Press.

McLeod, J. (2011). The role of qualitative methods in outcome research. In *Qualitative Research in Counselling and Psychotherapy*, 2nd edn. London: Sage.

Muran, J. C., & Segal, Z. V. (1992). The development of an idiographic measure of self-schemas: An illustration of the construction and use of self-scenarios. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 29(4), 524.

Muran, J. C., Segal, Z. V., & Samstag, L. W. (1994). Self-scenarios as a repeated measures outcome measurement of self-schemas in short-term cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 25(2), 255-274.

Neacsiu, A. D., Rizvi, S. L., Vitaliano, P. P., Lynch, T. R., & Linehan, M. M. (2010). The dialectical behavior therapy ways of coping checklist: development and psychometric properties. *Journal of clinical psychology*, 66(6), 563-582.

Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed.).

(pp.307-390). New York: Wiley.

Perren, S., Godfrey, M., & Rowland, N. (2009). The long-term effects of counselling: The process and mechanisms that contribute to ongoing change from a user perspective. *Counselling and Psychotherapy Research*, 9(4), 241-249.

Schmidt, S. J., & Schimmelmann, B. G. (2015). Mechanisms of change in psychotherapy for children and adolescents: current state, clinical implications, and methodological and conceptual recommendations for mediation analysis. *European child & adolescent psychiatry*, 24(3), 249-253.

Strupp, H. H. (1963). Psychotherapy revisited: The problem of outcome. *Psychotherapy*, 1, 1-13.

- Strupp, H. H. (2013). The outcome problem in psychotherapy revisited. *Psychotherapy*, 50(1), 3-11. doi:10.1037/h0094491
- Timulak, L. (2007). Identifying core categories of client-identified impact of helpful events in psychotherapy: A qualitative meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 17(3), 310-320. doi:10.1080/10503300600608116
- Timulak, L., Belicova, A., & Miler, M. (2010). Client identified significant events in a successful therapy case: The link between the significant events and outcome. *Counselling Psychology Quarterly*, 23(4), 371-386. doi:10.1080/09515070.2010.534329
- Ujhely, G. B. (1979). *Focusing (Book review)*. Library Journal, 104(1), 115.
- Vasco, A. B. (2006). Entre nuvens e relógios: Sequência temporal de objectivos estratégicos e integração em psicoterapia. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 39, 9- 31.
- Vasco, A. B. (2009, July). Regulation of needs satisfaction as the touchstone of happiness. In Links] *Comunicação apresentada na 16ª Conferência da European Association for Psychotherapy: Meanings of Happiness and Psychotherapy, Lisboa*.
- van der Velden, A. M., Kuyken, W., Wattar, U., Crane, C., Pallesen, K. J., Dahlgaard, J., ... & Piet, J. (2015). A systematic review of mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of recurrent major depressive disorder. *Clinical psychology review*, 37, 26-39.
- Vitor, J. (2009). *Resultados intermédios da psicoterapia saem à rua: Mecanismos de mudança nas respostas a situações perturbadoras do quotidiano?* (Tese de Mestrado não publicada). Universidade de Lisboa.
- Wachtel, P. L. (2014). An integrative relational point of view. *Psychotherapy*, 51(3), 342.
- Kehle, T. J., & Bray, M. A. (2003). Wampold, BE (2001). The great psychotherapy debate: Models, methods and findings. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum,

Publishers, 263 pp., \$49.95; \$29.95 (paper). *Psychology in the Schools*, 40(6), 701-702.

Wampold, B. E. (2007). Psychotherapy: The Humanistic (and Effective) Treatment. *American Psychologist*, 62(8), 857-873.

Wampold, B. E. (2013). The good, the bad, and the ugly: A 50-year perspective on the outcome problem. *Psychotherapy*, 50(1), 16-24. doi:10.1037/a0030570

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.

ANEXOS

Anexo A - Consentimento Informado e Instrumento de recolha de dados – Versão utilizada na plataforma online

**ESTUDO SOBRE MUDANÇAS EMERGENTES FACE A SITUAÇÕES DO
QUOTIDIANO PELA VOZ DOS PACIENTES ACTUALMENTE EM
PSICOTERAPIA**

Consentimento Informado

O meu nome é Beatriz Oliveira e integrada no Laboratório de Complementaridade Paradigmática, da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, estamos a realizar um estudo sobre as mudanças que vão sendo conquistadas ao longo da psicoterapia, independentemente da fase em que esta encontra. Vem no seguimento de outros estudos que decorreram em 2009 e 2014 e cuja continuidade se justifica dado o seu potencial.

A mudança tende a ocorrer ao longo das sessões de psicoterapia, umas vezes de maneira mais ou menos impercetível ou marcada, rápida ou lenta. E como é que esta variedade de experiências de transformação vai ganhando forma no lidar com situações desafiantes do nosso quotidiano?

Peço a vossa ajuda, na participação e divulgação. Procuro participantes com mais de 18 anos e que esteja neste momento a frequentar sessões de psicoterapia. A participação é totalmente anónima e confidencial, e o projeto aprovado pela Comissão de Deontologia da faculdade referida. As informações recolhidas serão exclusivamente para fins académicos. Caso seja sua vontade poderá desistir a qualquer momento.

É um estudo qualitativo, onde pode ganhar mais consciência e mais robustez das conquistas já alcançadas com a ajuda da sua psicoterapia. Assim, ao identificar as suas conquistas em situações concretas e recentes do seu quotidiano, pode estar a contribuir para cimentar essas mesmas conquistas assim como promover conquistas futuras subsequentes.

Esta participação consiste na resposta a desafios que lhe lançamos online onde o/a colocamos perante cenários alusivos a situações que recentemente mexeram consigo (duração aproximada de 20-30 minutos). Caso não se sinta disponível para participar com nenhum, considere divulgar para amigos ou conhecidos seus que possam estar em terapia neste momento. Desta forma, solicito a vossa participação e divulgação.

Disponível para esclarecimentos adicionais, obrigada, Beatriz Oliveira

Ao prosseguir para o questionário declaro que li e compreendi as informações fornecidas e aceito colaborar voluntariamente nesta investigação.

Muito Obrigada pela sua colaboração!

Sexo

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino

Idade

Nacionalidade

Grupo étnico ou racial com que mais se identifica

- ☐ Caucasiano
- ☐ Africano
- ☐ Caucasiano-Africano
- ☐ Asiático
- ☐ Outra (por favor, especifique) _____

Situação conjugal

- ☐ Está numa relação
- ☐ Não está numa relação

Nível de escolaridade

- ☐ Ensino básico
- ☐ Ensino secundário
- ☐ Ensino superior

Ocupação profissional atual

Experiência de psicoterapia(s) e duração aproximada dela(s) (Exemplo: 2 experiências, uma durante 3 meses e outra durante 14 meses)

Mês e ano de início da atual psicoterapia

Número estimado de sessões da atual psicoterapia (até à data de hoje)

Modalidade da atual psicoterapia

- ☐ Semanal
- ☐ Quinzenal
- ☐ Outra (por favor, especifique) _____

Se souber, descreva o tipo, abordagem ou modelo de terapia que está a fazer

Para prosseguir para o questionário pressione o ícone » (avançar), que está no canto inferior direito da página. Obrigada!

Todos nós passamos por situações que mexem connosco emocionalmente e face às quais estamos convidados a (re)agir.

Consoante a nossa (re)ação, interna e/ou externa, podemos ficar mais ou menos satisfeitos, a sentir mais ou menos bem-estar, mais ou menos mal-estar.

Espera-se, que ao longo de um processo psicoterapêutico bem-sucedido, as nossas capacidades para lidar com os desafios que a vida quotidiana nos coloca aumentem e que vivamos progressivamente mais satisfeitos com a forma como reagimos ou lidamos com eles.

De seguida, são apresentadas vinte e uma situações ou cenários suscetíveis de mexerem consigo e de lhe gerarem ativação emocional.

Destes, escolha e arraste para a caixa (que se encontra no lado direito e que aumenta o tamanho à medida que se colocam os cenários), até um total de 7 cenários que têm maior probabilidade de mexer consigo.

Feita esta seleção, ordene-os dentro da caixa preocupando-se exclusivamente com as duas primeiras posições, onde queremos que coloque aqueles 2 cenários com maior probabilidade de mexerem consigo.

Para esta escolha tenha presente uma experiência passada recentemente, na última semana ou quinzena, desde que marcante ao ponto de se lembrar com facilidade dos seus detalhes.

Cenários com maior probabilidade de mexerem consigo

_____ Alguém passa a desconsiderá-lo de um momento para o outro. (1)

_____ Não recebe apoio de alguém de quem esperava recebê-lo. (2)

_____ Alguém se zanga consigo sem explicar porquê. (3)

_____ Alguém expressa ter ficado magoado consigo. (4)

_____ Não demonstram interesse na sua opinião (5)

_____ Não expressam entusiasmo em estar consigo. (6)

_____ Alguém desvaloriza a sua dor. (7)

_____ Fica de fora num momento em que esperava ser incluído. (8)

_____ Deixam-no sozinho quando menos espera. (9)

_____ É o principal responsável num projeto importante. (10)

_____ Está sozinho há alguns dias e ninguém o contacta. (11)

_____ Alguém toma uma decisão que o implica sem o consultar. (12)

_____ Apercebe-se que andam a falar mal de si nas suas costas. (13)

_____ Tem um prazo para cumprir e falha-o. (14)

_____ Mentem-lhe. (15)

_____ Alguém próximo afasta-se de si. (16)

_____ Alguém não honra um compromisso estabelecido consigo. (17)

_____ É acusado de não ter feito algo que esperavam de si. (18)

_____ Alguém lhe dá a entender que irá perder o seu afeto. (19)

_____ Sente-se sobrecarregado e não sabe para onde se virar (20)

_____ Queria ter feito algo que acabou por não conseguir (21)

1. a) Perante o primeiro cenário que considerou ter potencial de lhe gerar maior ativação, tensão ou mal-estar, qual era o nível de ativação habitual que experienciava no passado, antes do início da sua terapia, ao deparar-se com este cenário? Indique numa escala de 0 a 10, sendo que 0 significa ausência de ativação e 10 a máxima ativação que possa imaginar.

_____ Nível de Ativação (1)

1. b) Nesta fase da sua vida, e atendendo à situação concreta e específica que viveu recentemente, qual foi o nível de ativação experienciado, ao deparar-se com o cenário? Indique numa escala de 0 a 10, sendo que 0 significa ausência de ativação e 10 a máxima ativação que possa imaginar.

_____ Nível de Ativação

1. c) Veja-se então agora dentro do cenário, tal como lhe aconteceu recentemente, como se estivesse a ocorrer neste momento. Se necessário feche os olhos. Foque a sua atenção nessa situação.

Quão ativado(a) se sente ao reviver o cenário 1? Indique numa escala de 0 a 10, sendo que 0 significa ausência de atividade e 10 a máxima atividade que possa imaginar.

_____ Nível de ativação

Agora pedimos que responda a duas questões relativamente ao cenário que considerou ter mais probabilidade de mexer consigo.

As respostas exigirão algum trabalho de reflexão, mas confiamos que será uma oportunidade para perceber as conquistas que poderá ter feito durante o tempo que já frequentou de psicoterapia até ao momento.

Ao prosseguir no questionário, utilize os espaços indicados para responder o mais detalhadamente possível.

Pode utilizar as questões que estão entre parêntesis como pistas para orientar a sua resposta, caso contrário atente apenas nas questões principais (a negrito) e responda livremente.

2) Continue a focar a atenção no cenário que escolheu, assegurando que o nível de ativação se aproxima o mais possível daquele que viveu na situação.

Ao rever o cenário, permita-se assim revivê-lo em parte e a partir daí descreva-o, o mais pormenorizadamente que conseguir.

Escreva por favor no tempo verbal presente como se estivesse a relatá-lo à medida que o revive.

(Qual o tema, os intervenientes, o local, e a data aproximados em que ocorre? Que reações fisiológicas ou sensações corporais lhe surgem? Que emoções o envolvem? Que ideias ou pensamentos lhe passam pela cabeça? O que é que tem vontade de fazer e como age? Caso relevante na situação, como é que os outros reagem ao seu comportamento e como é que se comportam?)

3) Baseando-se na descrição que fez na questão anterior, reflita agora acerca da forma como poderá estar diferente.

Descreva as mudanças subtis ou mais significativas (se existirem) que tenha notado em si, ao lidar com este cenário que acabou de descrever e partilhe a sua satisfação atual com as suas capacidades para lidar com cenários deste tipo.

Escreva o mais detalhadamente possível sobre esta experiência.

(Quando, onde ou como nota mudanças, subtis ou mais marcadas, na forma como lidou com este cenário? O que faz, pensa ou sente de diferente? Outras pessoas chamaram a sua atenção para algum novo comportamento que apresenta? Como era antes? Que recursos aplicou neste cenário e que anteriormente não se sentia capaz? Sente mudanças ou capacidades a serem construídas em cima de outras? Algumas das mudanças ocorridas estão relacionadas? Se sim, como? Está satisfeito com as suas capacidades atuais face a cenários como este? Existe algo que gostava que fosse diferente e percebe que ainda não é possível? Como é que isso acontece? Como é que gostaria de reagir, internamente e exteriormente, no futuro idealizado por si?)

Chegou ao fim do questionário.

!Atenção!

Se não pensa editar mais as suas repostas e pretende dar por concluída a participação, registre as suas respostas clicando no ícone » (avançar), que está no canto inferior direito da página.

Uma vez que decidir avançar não será possível voltar atrás e fazer alterações. Avance apenas quando sentir que não quer fazer nenhuma alteração nas suas respostas

Relembro que qualquer questão que lhe surja relativamente à sua participação ou à investigação, incluindo os seus resultados, estarei disponível para esclarecer ou fornecer informação, através do seguinte contato de correio electrónico: abeatriz-oliveira@live.com.

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!

Anexo B - Quadro 1.

Variáveis sociodemográficas dos participantes

| Participante | Sexo | Idade | Nacionalidade | Origem Étnica | Relação Conjugal | Nível de Escolaridade | Atividade Profissional | Nº Experiências e duração em Psicoterapia | Mês e ano de início da atual psicoterapia | Nº estimado de sessões | Modalidade | Abordagem Terapêutica |
|--------------|------|-------|---------------|---------------|------------------|-----------------------|------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------|------------|--------------------------|
| 1 | M | 33 | Portuguesa | Caucasiana | Sim | Ensino Superior | Psicólogo | 1 experiência: 2 anos 1 mês | Maio 2013 | 90 | Semanal | Psicanalítica |
| 2 | F | 50 | Portuguesa | Caucasiana | Sim | Ensino Secundário | Secretária | 2 experiência: 5 anos; 2 dois meses (atual) | Abril 2015 | 5 | Quinzenal | Cognitivo-Comportamental |
| 3 | F | 36 | Portuguesa | Caucasiana | Sim | Ensino Superior | Gerente | 1 experiência: 1 ano e meio | Maio 2014 | 70 | Semanal | _____ |
| 4 | F | 49 | Portuguesa | Caucasiana | Sim | Ensino Superior | Direção de Vendas | 3 experiências: 2 de 5 anos; 8 meses (atual) | Novembro 2014 | 24 | Semanal | _____ |
| 5 | F | 26 | Portuguesa | Caucasiana | Não | Ensino Superior | Estudante | 1 experiência: 4 anos | Junho 2011 | 28 | Mensal | _____ |

| | | | | | | | | | | | | |
|----|---|----|------------|------------|-----|----------------------|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------|-----------|-------------|
| | | | | | | | | 4 experiências: 1 ano (há 17 anos); 3 meses (há 15 anos); 9 meses (há 8 anos); 26 meses (atual) | | | | |
| 6 | F | 38 | Portuguesa | Caucasiana | Não | Ensino Superior | Arquiteta | | Abril 2013 | 80 | Semanal | Psicodrama |
| 7 | F | 39 | Portuguesa | Caucasiana | Sim | Ensino Superior | Professora | 1 experiência: 4 anos | Janeiro 2011 | 150 | Quinzenal | _____ |
| 8 | F | 20 | Portuguesa | Caucasiana | Não | Ensino Secundário | Estudante | 2 experiências: 3 anos; 3 anos | Setembro/ Outubro 2012 | 150 | Quinzenal | Dinâmica |
| 9 | F | 42 | Portuguesa | Caucasiana | Sim | Ensino Superior | Técnica de Farmácia | 1 experiência: 4 anos | Maio 2011 | ----- | Mensal | _____ |
| 10 | M | 39 | Portuguesa | Caucasiana | Sim | Ensino Superior | Empresário | 1 experiência: 10 meses | Julho 2014 | 20 | Quinzenal | _____ |
| 11 | F | 25 | Portuguesa | Caucasiana | Sim | Ensino Superior | Médica | 1 experiência: 5 anos | Abril 2010 | 100 | Semanal | _____ |
| 12 | F | 25 | Portuguesa | Caucasiana | Não | Ensino Superior | Psicóloga | 1 experiência: 4 anos e 8 meses | Fevereiro de 2011 | 217 | Semanal | Integrativa |

| | | | | | | | |
|------------------|-------|------------|------------|-----|--------------------|-------|---------|
| Média | 35,17 | | | | | 1,58 | 84,9 |
| Desvio Padrão | 9,64 | | | | | 0,996 | 66,31 |
| Moda | F | Portuguesa | Caucasiana | Sim | Ensino Superior | | Semanal |

Anexo C - Análise Consensual: Domínios, Categorias e *Core Ideas*

Quadro 2.

Domínios, Categorias e *Core Ideas* emergentes das descrições das situações concretas

| Caso/ Participante | <i>Core Ideas</i> | Domínio | Categoria | Subcategoria |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------|---------------------|
| 1 | P refere ter pouco tempo, não ser remunerado por um trabalho que não é da sua competência, assim como gerir e orientar pessoas nesse trabalho. | 1 – Precipitantes da ativação emocional | Exigências e Responsabilidades | Exigência da tarefa |
| 2 | A P menciona uma discussão, unilateral em frente a colegas, no trabalho, devido a críticas injustas do meu chefe. | 1 – Precipitantes da ativação emocional | Ação do outro | Confronto |
| 3 | A P refere a desconsideração da mãe para consigo. | 1 – Precipitantes da ativação emocional | Ação do outro | |
| 4 | A P combinou um jantar de amigos em sua casa e quando comunica ao marido este refere não achar boa ideia e que provavelmente não estará. | 1 – Precipitantes da ativação emocional | Ação do outro | |
| | O marido da P deixa de falar com ela durante uma semana, ao final da qual lhe escreve um mail a dizer que não quer receber os seus amigos e que se ela quiser, ele próprio envia um mail a cancelar o jantar | 1 – Precipitantes da ativação emocional | Ação do outro | |
| 5 | A P está numa aula, sem perceber nada que o professor diz | 1 – Precipitantes da ativação emocional | Exigência e responsabilidade | Exigência da tarefa |

| | | | | |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------|-----------------|
| 6 | Compreendendo que a falha havia sido da chefe a P após hesitar chama a atenção da mesma, que reconhece a falha mas minimiza-a | 1 – Precipitantes da ativação emocional | Ação do outro | |
| | P refere estar no trabalho a fazer uma tarefa que requer concentração, desempenhando a função de coordenação do gabinete. A sua chefe, procura inteirar-se, do ponto de situação dos trabalhos, fazendo perguntas de tarefas já realizada. A P esforça-se para responder às, porque muitas delas incidem sobre trabalhos menores que não são da sua responsabilidade ou já foram realizados e já esqueceu | 1 – Precipitantes da ativação emocional | Exigências e Responsabilidades | Pressão externa |
| | Questionada sobre um trabalho que a P deveria ter feito, verifica que este não foi realizado, o que é reconhecido pela chefe como uma falha grave, situação à qual a P responde que a falha não é grave e será corrigida | 1 – Precipitantes da ativação emocional | Exigências e Responsabilidades | Pressão externa |
| 7 | A P menciona a obsessão constante na preparação de aulas, na resolução de exercícios, antecipação de todos os cenários possíveis, e a possibilidade de não conseguir concluir tudo a que se propõe | 1 – Precipitantes da ativação emocional | Exigência e responsabilidade | Pressão interna |
| 8 | Quando a P sabe da sua desejada entrada no mestrado liga ao pai, a pessoa que para ela deveria estar mais próxima, ao qual este responde com indiferença, não demonstrando orgulho. A P decide ligar à tia e à prima que se mostram-se bastante abertas para falar e felizes. | 1 – Precipitantes da ativação emocional | Ação do outro | |
| | Após uma segunda tentativa de contacto com o pai, este continua sem demonstrar orgulho ou reconhecimento | | | |

| | | | | |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------|---------------------|
| 9 | A P refere que todos os dias após o trabalho é uma loucura, referindo múltiplas tarefas (jantar, tratar da roupa, dos filhos, tpc's destes), em que o marido não está presente e se repetem diariamente | 1 – Precipitantes da ativação emocional | Exigência e responsabilidade | Pressão interna |
| 10 | O P sente demasiadas tarefas a seu cargo, vindas da área profissional, pessoal e académica, ficando desorientado e sem saber que rumo tomar. | 1 – Precipitantes da ativação emocional | Exigência e responsabilidade | Exigência da tarefa |
| 11 | A P sente-se sobrecarregada emocionalmente em termos de horário, no local de trabalho. Sentido que tem muito trabalho, e que os superiores valorizam esse aspeto, e que a sobrecarregam emocionalmente com informação pessoal, desadequado à relação que têm | 1 – Precipitantes da ativação emocional | Exigências e Responsabilidades | Pressão externa |
| | P tem dificuldade em dizer que não pode e está cansada | | Exigências e Responsabilidades | Pressão interna |
| 12 | P refere a zanga com uma amiga e colega de trabalho. Sentindo que apesar da proximidade que tinham esta se começou a afastar. | 1 – Precipitantes da ativação emocional | Ação do outro | |
| | P não compreende a mudança de comportamento da amiga. | 1 – Precipitantes da ativação emocional | Ação do outro | |
| 1 | P tem receio de não deixar o trabalho bem feito apesar de o desejar, de não conseguir mobilizar os colegas para as suas funções, sentindo que as condições não estão reunidas tendo vontade de desistir. Sente-se sobrecarregado e frustrado | 2 - Experiência da situação perturbadora | Ativação emocional | |

| | | | | |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------|-------------------------|
| | P receia que por ser líder e mostrar desmotivação, toda a equipa desmotive | 2 - Experiência da situação perturbadora | Ativação emocional | |
| 11 | P sente-se frustrada por não conseguir para a situação, sentindo como "bofetada emocional". | 2 - Experiência da situação perturbadora | Ativação emocional | Utilização de metáforas |
| 12 | P sente-se com raiva, injustiçada, desiludida e triste. | 2 - Experiência da situação perturbadora | Ativação emocional | |
| | P sente-se injustiçada o outro se dá ao luxo de estar zangada com ela | 2 - Experiência da situação perturbadora | Ativação emocional | |
| 6 | P fica irritada por não conseguir fazer o trabalho que tem em mãos e por lhe ser desagradável o esforço de memória que exige | 2 - Experiência da situação perturbadora | Ativação emocional | |
| | A P por estar a ser repreendida por um motivo tão insignificante, quando o seu trabalho e disponibilidade excedem as expectativas, sente-se indignada e ansiosa | 2 - Experiência da situação perturbadora | Ativação emocional | |
| 2 | P sente-se humilhada | 2 - Experiência da situação perturbadora | Ativação emocional | |

| | | | | |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------|
| | P sente palpitações, coração acelerado, alto nível de ansiedade, que se prolonga no tempo e se transforma em tristeza. P não tem vontade de voltar ao local de trabalho, apesar de saber que não é uma atitude responsável por ser o seu ganha-pão, tendo a sensação de impotência, angústia, tristeza e pensamentos que ultrapassam aquela situação | 2 - Experiência da situação perturbadora | Ativação somática | |
| 4 | P sente-se surpreendida com a reação do outro (murro no estômago...). | 2 - Experiência da situação perturbadora | Ativação emocional | Utilização de metáforas |
| | Sente um murro no estômago e fica estupefacta com a situação | 2 - Experiência da situação perturbadora | Ativação emocional | Utilização de metáforas |
| 5 | P sente-se muito irritada, com a respiração tão acelerada que começa a tremer, começando inesperadamente a chorar | 2 - Experiência da situação perturbadora | Ativação emocional | |
| 7 | P fica chateada, irritada com os membros da família que me são mais próximos. | | | |
| | Descreve como sensações corporais - o coração a bater rapidamente, os músculos faciais e a língua a contraírem e engasga-se facilmente. | 2 - Experiência da situação perturbadora | Ativação emocional Ativação somática | |
| 8 | Face à incapacidade do pai em demonstrar o afeto desejado, a P sente-se decepcionada, triste e desinveste na relação, sentindo que apesar das suas tentativas o pai continuará | 2 - Experiência da situação perturbadora | Ativação emocional | |

| | | | | |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------|-------------------------|
| | assim | | | |
| 9 | P sente-se muito ansiosa, impaciente, com vontade de gritar, chorar e desaparecer, respirar e não fazer nada por um dia | 2 - Experiência da situação perturbadora | Ativação emocional | |
| | A P sente-se mal e num “buraco” de onde não consegue sair | 2 - Experiência da situação perturbadora | Ativação emocional | Utilização de metáforas |
| 10 | A P descreve relatos sintomáticos associados, tal como acentuação dos sintomas to colon irritável, aumento da ansiedade e por vezes faringites/laringites | 2 - Experiência da situação perturbadora | Ativação somática | |
| 11 | P sente uma bola constante, fixa a crescer na garganta, um aperto pequeno no peito, uma sensação de "pequenez" corporal, como se o meu corpo estivesse um bocado paralisado. | 2 - Experiência da situação perturbadora | Ativação somática | |
| 4 | A P pede ajuda à psicoterapeuta para responder ao marido. Menciona que compreende que o deveria ter consultado, embora não justifique a reação dele e que sabe que ele tem preocupações na sua vida que ela está disponível para o apoiar e conversar | 3- Estratégias de resolução | Procura de ajuda | |
| 9 | A P repete para si que ninguém tem culpa, é o dia a dia | 3- Estratégias de resolução | Discurso interno | |
| 3 | A P refere que desde que o irmão nasceu teve de crescer sozinha, não tendo o apoio emocional que precisava, tendo a sensação de ter sido “passada para trás”, mantendo o desejo de criança de receber atenção da mãe. A P reconhece que há momentos da sua infância por explorar | 4- Explicação da ativação emocional | Desamparo | |
| 8 | A P sente-se sozinha em termos familiares, sem uma base de confiança e segurança, | 4- Explicação da | Desamparo | |

| | | | | |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|---|
| | pois sente continuamente que não é valorizada, aceite e validada o suficiente pelo pai, sem exigências adicionais | ativação emocional | | |
| 4 | As enteadas da P dizem ao pai que ele está a ser injusto e que a P o apoia quando ele recebe os seus amigos. Ambas a apoiam | 5- Apoio Social | Proteção | |
| 7 | P sente que os outros ficam preocupados e tentam ajudar. | 5- Apoio Social | Amparo | |
| 9 | O marido da P diz que ela tem de parar, o amigo refere para ela ter paciência, pois a vida é assim é uma fase. | 5- Apoio Social | Amparo | 9 |
| 12 | P refere que as outras pessoas a apoiam e dizem para eu desistir da amizade dela. | 5- Apoio Social | Amparo | |
| 1 | P receia que por ser líder e mostrar desmotivação, toda a equipa desmotive | 6- Projeção da dificuldades no futuro | Sentimento de incompetência | |
| 2 | P sente-se triste por não poder alterar a situação, por sentir que é irresponsável terminar uma relação profissional que é o seu sustento | 6- Projeção da dificuldades no futuro | Impotência | |
| 8 | P justifica que já tentou várias vezes, com abordagens diferentes e o pai continua o mesmo. | 6- Projeção da dificuldades no futuro | Impotência | |
| | Neste momento P não tem vontade de nada, por saber que não consegue resolver a | 6- Projeção da | Sentimento de | |

| | | | |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| | situação com o seu pai. | dificuldades no futuro | Impotência |
| | P não consegue esquecer o passado, tem vontade de nunca mais falar com o pai e não lidar mais com esta situação, na expectativa que ele comece a reagir. A P considera que não vale a pena ter de falar obrigatoriamente com alguém que não lhe faz bem | 6- Projeção da dificuldades no futuro | Sentimento de Impotência |
| 11 | P tem vontade de fazer desaparecer essa sensação do corpo mas não sabe como, pois quando situação se instala sente que é impossível ou mais difícil de reverter | 6- Projeção da dificuldades no futuro | Impotência |
| 8 | P pondera fazer um trabalho interno de aceitar o pai como ele é e deixar para trás rancores do passado. | 7- Mudança desejada | Aceitação do outro |
| | P reconhece que o que tem de enfrentar e aceitar o pai como ele é, senão seria fugir do problema, e procurar afeto noutros lados. | 7- Mudança desejada | Aceitação do outro |
| 11 | P tem vontade de dizer o que sente sem ser julgada pelos outros | 7- Mudança desejada | Aceitação pelos outros |

Quadro 3.

Domínios, Categorias e *Core Ideas* emergentes das potenciais mudanças

| Caso/ Participante | Core idea | Domínio | Categoria | Subcategoria |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 1 | P sente-se muito mais capaz de identificar o que está a sentir, de se impor a si e aos os seus limites perante os outros. Havendo uma diminuição da passividade e do masoquismo | 1-Perceção da mudança e Crescimento Pessoal | Consciência do Self | |
| 2 | P refere como principal diferença a distância emocional que está a tentar instituir entre si e o agressor | 1-Perceção da mudança e Crescimento Pessoal | Utilização de Capacidades e Estratégias | Regulação emocional |
| | P percebe que o ato não tem diretamente a ver consigo | 1-Perceção da mudança e Crescimento Pessoal | Consciência do Self | |
| | A P refere estar a aprender a alterar o seu comportamento de vitima e ter mais controlo nas suas emoções face à agressividade dos outros, tendo compreendido que os maus-tratos e abusos emocionais pelo pai provocaram insegurança, auto-sabotagem, e necessidade de aprovação. Agora evita situações de tensão e stress. | 1-Perceção da mudança e Crescimento Pessoal | Consciência do Self Utilização de Capacidades e Estratégias | Regulação emocional |

| | | | | |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------|
| | A P compreende que os maus-tratos e abusos emocionais pelo pai provocaram insegurança, auto-sabotagem, e necessidade de aprovação. | 1-Percepção da mudança e Crescimento Pessoal | Consciência do Self | Compreensão da origem da dificuldade |
| 3 | P sente-se mais “vacinada” face às indiferenças da sua mãe | 1-Percepção da mudança e Crescimento Pessoal | Utilização de Capacidades e Estratégias | Regulação emocional |
| | P sente-se mais adulta e madura e que houve uma melhoria em relação à sua situação familiar | 1-Percepção da mudança e Crescimento Pessoal | Consciência do Self | |
| 4 | P descreve que no passado teria ficado mais ansiosa, desesperada, reativa e teria desmarcado o jantar. Teria sido incapaz de estar mais de 1 semana sem falar com o marido e teria provocado uma discussão. | | | |
| | Agora embora se sinta muito triste, não se sente ansiosa nem desesperada, tentando resolver os problemas, compreendendo agora melhor as razões das atitudes do marido. Deixando de viver em função dele. | 1-Percepção da mudança e Crescimento Pessoal | Utilização de Capacidades e Estratégias | Regulação emocional |
| 5 | A P refere já não ter ataques de pânico, já não ter vontade de desaparecer sentindo mais equilibrada e acreditando mais em si e nas suas capacidades | 1-Percepção da mudança e Crescimento Pessoal | Consciência do Self Auto-confiança | |

| | | | | |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------|
| | A P refere já não ter ataques de pânico, já não ter vontade de desaparecer sentindo mais equilibrada e acreditando mais em si e nas suas capacidades | 1-Perceção da mudança e Crescimento Pessoal | Consciência do Self Auto-confiança | |
| 6 | P refere que a tomada de consciência dos seus mecanismos emocionais ameniza o seu efeito, permitem-na demarcar e reconhecer a dimensão e densidade emocional do outro | 1-Perceção da mudança e Crescimento Pessoal | Consciência do Self | |
| | A mudança que P refere como mais importante é o aumento da consciência da intolerância à crítica, tida como ataque à dependência do reconhecimento do outro, (presente na sua relação profissional, onde identifica uma tentativa de manipulação dessa dependência) | 1-Perceção da mudança e Crescimento Pessoal | Consciência do Self | Compreensão da origem da dificuldade |
| 7 | P sente que a sua dificuldade está relacionada com o seu feitio e com a educação que teve desde a infância | 1-Perceção da mudança e Crescimento Pessoal | Consciência do Self | Compreensão da origem da dificuldade |
| | A P refere que a obsessão na preparação de aulas atenuou-se, embora se mantenha | 1-Perceção da mudança e Crescimento Pessoal | Utilização de Capacidades e Estratégias | Regulação emocional |
| | A P percebe que, mesmo sem consciência, já não antecipa ansiosamente situações, vendo-a como ultrapassada apenas na sua análise posterior. | 1-Perceção da mudança e Crescimento Pessoal | Utilização de Capacidades e Estratégias | Regulação emocional |
| | A P refere que sensações corporais, embora ainda existentes atenuaram bastante (o | | | |

| | | | | |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------|
| | coração começa a bater rapidamente, os músculos faciais e a língua contraem e engasga-se facilmente) | | | |
| | A P tenta dar sentido às suas sensações, sentindo que melhora | 1-Percepção da mudança e Crescimento Pessoal | Utilização de Capacidades e Estratégias | Regulação emocional |
| 8 | A maior diferença notada é o de estar mais ciente de que a relação que tem com o seu pai não é a que gostaria. Deixando de considerar a falta de afeto e partilha normal, sentindo necessidade de o fazer com alguém. | | | |
| | P considera que no passado não teria insistido em falar com o seu pai, ficaria amuada e em silêncio. Agora, ainda que não seja fácil, consegue demonstrar e comunicar a sua insatisfação e pensamentos de uma forma não agressiva nem infantil. | | Consciência do Self | |
| | Sente-se mais madura e confiante, consegue resolver a maioria dos seus problemas sozinha ou pedir ajuda sem receio. | 1-Percepção da mudança e Crescimento Pessoal | Autoconfiança | |
| | Antes sente que não conseguiria viver sozinha, se sente bem em estar sozinha, organiza-se, cuida da casa e paga as contas. | | Utilização de Capacidades e Estratégias | Eficácia Interpessoal |
| | Sente-se mais assertiva, consegue dizer o que pensa a maioria das vezes, mesmo dizer não, o que antes evitava, assim como o confronto e problemas. Agora enfrenta-os e sentindo que se está a superar e a crescer. | | | Regulação emocional |
| | Antes tinha problemas de ansiedade, por exemplo, comia imenso quando se sentia | | | |

ansiosa

| | | | | |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------|
| | A P refere que existiram muitas mudanças que a fizeram crescer e foram marcantes | 1-Percepção da mudança e Crescimento Pessoal | Consciência do Self | |
| | A P refere como maior conquista a resiliência de uma situação difícil (morte da mãe, à qual era muito próxima), onde sentiu que a terapia foi crucial | 1-Percepção da mudança e Crescimento Pessoal | Utilização de Capacidades e Estratégias | Regulação emocional |
| 9 | P refere que agora pensa numa coisa de cada vez, não sobrevalorizando situações que pensava serem importantes | 1-Percepção da mudança e Crescimento Pessoal | Utilização de Capacidades e Estratégias | Regulação emocional |
| 10 | P refere que agora tem e saber utilizar ferramentas para controlar os níveis de ansiedade e sintomas associados a situações que estejam a interferir com o seu estado normal. Utiliza a respiração abdominal e o relaxamento, embora por vezes de forma tardia, estando ainda a aprender a lidar com o comportamento do seu organismo | 1-Percepção da mudança e Crescimento Pessoal | Utilização de Capacidades e Estratégias | Regulação emocional |
| 11 | P começou a prever a que horas saia do trabalho a cada dia, pois refletiu acerca do que queria fazer para ela. Chegou à conclusão que muitos projetos são a longo prazo, ideias mais gerais que quero defender no futuro, mas que não sente necessidade de fazer já. | 1-Percepção da mudança e Crescimento Pessoal | Consciência do Self | |

| | | | | |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------|
| | P forçou-se a dizer quando tinha de sair mais cedo, obtendo uma resposta por parte dos superiores que valorizava o seu esforço, agora o pedido é natural | | Utilização de Capacidades e Estratégias | Eficácia Interpessoal |
| 12 | P sente e pensa da mesma forma, uma parte de si vai aceitando a abrir mão da amizade, e outra, já não a quer na sua vida | 1-Perceção da mudança e Crescimento Pessoal | Consciência do Self | |
| 3 | A P sente-se que apesar de tudo fluir de forma positiva à sua volta e a conquistar objetivos almejados, sente-se debilitada emocionalmente sem conseguir saborear a vitória por ausência de encorajamento da mãe | 2 – Dificuldades persistentes | Inalteração emocional | |
| 11 | P sente que não há grandes diferenças no que sente | 2 – Dificuldades persistentes | Inalteração emocional | |
| 12 | P refere não sentir muitas mudanças neste cenário, é algo que ainda mexe muito consigo, continua a tentar a recuperar a amizade que tinham, que apesar de sentir que será difícil é o seu desejo | 2 – Dificuldades persistentes | Inalteração emocional | |
| 6 | A mudança que a P desejaria alcançar seria ser independente do reconhecimento externo, crescer, e desenvolver a maturidade. | 3 – Mudança desejada | Auto-confiança | |

| | | | |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------------------|
| 8 | A P deseja ser pessoa ainda mais confiante e assertiva, com menos medos e completa, sentindo-se suficiente para si mesma, apesar de reconhecer a inevitabilidade de alguma insegurança. Espera conseguir dar o melhor de si aceitando melhor quem é, ultrapassando o medo de conduzir e sentir que confia nos outros e que eles a podem amar como é. | 3 – Mudança desejada | Auto-confiança Auto-aceitação |
| 9 | A P desejava ser mais autónoma (ex: fazer um programa com as crianças) | 3 – Mudança desejada | Auto-confiança |
| 11 | P gostaria, no futuro, de estabelecer o que quer fazer para si e validar as suas necessidades, aceitando-as | 3 – Mudança desejada | Auto-aceitação |

Anexo D - Quadro 4.

Número de seleções de cada cenário e valor de seleções como cenário 1

| Cenários Ativadores | Nº de vezes selecionado | Nº de vezes selecionado como cenário 1 |
|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Alguém passa a desconsidera-lo de um momento para o outro. | 4 | 2 |
| Não recebe apoio de alguém de quem esperava recebê-lo. | 9 | 3 |
| Alguém se zanga consigo sem explicar porquê. | 3 | 0 |
| Não demonstram interesse na sua opinião. | 3 | 0 |
| Não expressam entusiasmo em estar consigo. | 4 | 0 |
| Alguém desvaloriza a sua dor. | 4 | 0 |
| Fica de fora num momento em que esperava ser incluído. | 6 | 0 |
| É o principal responsável num projeto importante. | 4 | 1 |
| Tem um prazo para cumprir e falha-o. | 4 | 0 |
| Alguém próximo afasta-se de si. | 3 | 0 |
| Alguém não honra um compromisso estabelecido consigo. | 3 | 0 |
| É acusado de não ter feito algo que esperavam de si. | 7 | 1 |
| Sente-se sobrecarregado e não sabe para onde se virar | 6 | 4 |
| Queria ter feito algo que acabou por não fazer | 4 | 1 |

Anexo E - Quadro 5

Distribuição e ordem de escolha dos cenários pelos participantes

| Participante | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|---------------------------------------------------------------|----|----|----|----|---|----|----|----|----|----|----|----|
| 1. Alguém passa a desconsidera-lo de um momento para o outro. | | 1º | | 2º | | | | 6º | | | | 1º |
| 2. Não recebe apoio de alguém de quem esperava recebê-lo | 5º | 4º | 1º | 1º | | | | 1º | 6º | 4º | 6º | 7º |
| 3. Alguém se zanga consigo sem explicar porquê. | | 2º | | 3º | | | | 4º | | | | |
| 4. Alguém expressa ter ficado magoado consigo. | 7º | | | | | | | | 7º | | | |
| 5. Não demonstram interesse na sua opinião | | | 3º | | | | 3º | | | | | 6º |
| 6. Não expressam entusiasmo em estar consigo | 6º | | | | | 3º | | | | | 4º | 5º |
| 7. Alguém desvaloriza a sua dor. | | | 2º | 5º | | | | | | | 3º | 4º |
| 8. Fica de fora num momento em que esperava ser incluído. | | 7º | 4º | 6º | | 4º | | | | | 5º | 3º |

| | | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 9. Deixam-no sozinho quando menos espera | | | | | | | 7° | 2° |
| 10. É o principal responsável num projeto importante. | 1° | 5° | | 5° | | | 3° | |
| 11. Está sozinho há alguns dias e ninguém o contacta | | | | | | | | |
| 12. Alguém toma uma decisão que o implica sem o consultar | | | | 6° | | 5° | | |
| 13. Apercebe-se que andam a falar mal de si nas suas costas. | | | | | | | 5° | 6° |
| 14. Tem um prazo para cumprir e falha-o | 3° | | | 2° | 2° | | 2° | |
| 15. Mentem-lhe. | | | | | | 2° | | 5° |
| 16. Alguém próximo afasta-se de si. | | | 7° | | | 3° | 2° | |
| 17. Alguém não honra um compromisso estabelecido consigo. | | 6° | | | 5° | | 4° | |
| 18. É acusado de não ter feito algo que esperavam de si. | 4° | 3° | 4° | 4° | 1° | 4° | | 2° |
| 19. Alguém lhe dá a entender que irá perder o seu afeto. | | | | | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|----|
| 20. Sente-se sobrecarregado e não sabe para onde se virar | 2° | 1° | 2° | 1° | 1° | 1° |
| 21. Queria ter feito algo que acabou por não fazer | | 3° | 1° | 3° | 7° | |

Anexo F-Quadro 6.

Valores médios da ativação emocional de cada participante

| Participante | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | Média | Desvio padrão |
|-------------------------------------------------|---|---|---|---|----|---|---|----|---|----|----|----|-------|---------------|
| Nível de ativação antes da Terapia | 9 | 9 | 8 | 9 | 10 | 9 | 9 | 10 | 9 | 8 | 10 | 8 | 9 | 0,74 |
| Nível de ativação na situação concreta | 7 | 9 | 6 | 6 | 1 | 6 | 5 | 6 | 4 | 5 | 5 | 10 | 5,8 | 2,29 |
| Nível de ativação durante a focagem | 5 | 7 | 7 | 6 | 1 | 4 | 4 | 4 | 6 | 5 | 6 | 9 | 5,33 | 2,015 |
| Diferença de ativação antes e durante a terapia | 2 | 0 | 2 | 3 | 9 | 3 | 4 | 4 | 5 | 3 | 5 | 2 | 3,5 | 2,24 |
| Diferença entre a focagem e a situação concreta | 4 | 2 | 1 | 0 | 0 | 2 | 1 | 2 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1,33 | 1,15 |

Anexo G – Quadro 8.

Valor de Referências e Fontes dos Domínios e Categorias das descrições das situações concretas

| Domínios e Categorias | Fontes | Referências |
|--------------------------------------------|---------------|--------------------|
| <u>Precipitantes da Ativação Emocional</u> | 12 | 16 |
| 1.Exigências e Responsabilidades | 7 | 8 |
| a. Exigência da Tarefa | 3 | 3 |
| b. Pressão Externa | 2 | 3 |
| c. Pressão Interna | 3 | 3 |
| 2.Ação do outro | 6 | 8 |
| a. Confronto | 1 | 1 |
| <u>Experiência da Situação</u> | 11 | 16 |
| 1.Expressão da Ativação Emocional | 10 | 15 |
| a.Utilização de Metáforas | 3 | 4 |
| 2.Relato de Ativação Somática | 4 | 4 |
| <u>Estratégias de Resolução</u> | 2 | 2 |
| 1.Discurso Interno | 1 | 1 |
| 2. Procura de Ajuda | 1 | 1 |
| <u>Explicação da Ativação Emocional</u> | 2 | 2 |
| 1.Desamparo | 2 | 2 |
| <u>Apoio Social</u> | 4 | 4 |
| 1.Amparo | 3 | 3 |
| 2. Proteção | 1 | 1 |
| <u>Projeção das dificuldades no Futuro</u> | 4 | 6 |
| 1. Impotência | 3 | 5 |
| 2. Sentimento de Incapacidade | 1 | 1 |
| <u>Mudança Desejada</u> | 2 | 3 |
| 1.Aceitação do outro | 1 | 2 |
| 2.Aceitação por parte dos outros | 1 | 1 |

Nota. Números são utilizados para indicar categorias e letras subcategorias. O sublinhado indica os domínios.

Anexo H – Quadro 10.

Valor de Referências e Fontes dos Domínios e Categorias das potenciais mudanças

| Domínios/ Categorias | Fontes | Referências |
|---------------------------------------------------|---------------|--------------------|
| <u>Percepção da Mudança e Crescimento Pessoal</u> | 12 | 21 |
| 1. Consciência do self | 9 | 13 |
| a. Compreensão da origem das dificuldades | 3 | 3 |
| 2. Auto-confiança | 2 | 2 |
| 3. Aquisição de Capacidades e Estratégias | 8 | 12 |
| a. Eficácia Interpessoal | 2 | 2 |
| b. Regulação emocional | 7 | 11 |
| <u>Dificuldades Persistentes</u> | 3 | 3 |
| 1. Inalteração emocional | 3 | 3 |
| <u>Mudança Desejada</u> | 4 | 4 |
| 1. Auto-aceitação | 2 | 3 |
| 2. Auto-confiança | 3 | 2 |

Nota. Números são utilizados para indicar categorias e letras subcategorias. O sublinhado indica os domínios.